

PEDOMAN TEKNIS

PELAYANAN PALIATIF KANKER

KEMENTERIAN KESEHATAN RI

2013

Sambutan Direktur Jenderal PP-PL

Kata Pengantar

Daftar Isi

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang
2. Tujuan
3. Sasaran
4. Landasan hukum

BAB II

1. Definisi
2. Prinsip pelayanan paliatif
3. Indikasi pelayanan paliatif
4. Tim pelayanan paliatif
5. Tempat pelayanan paliatif
6. Jenis layanan paliatif

BAB III

TATA LAKSANA PALIATIF PADA DEWASA

1. Komunikasi dan pembuatan keputusan
2. Kualitas hidup
3. Tata laksana gejala
 - a. Prinsip tata laksana gejala
 - b. Nyeri
 - c. Gangguan sistem pencernaan
 - d. Gangguan sistem pernapasan
 - e. Fatigue/ kelemahan

- f. Gangguan kulit
 - g. Gangguan sistem saluran kemih
 - h. Gangguan hematologi
 - i. Gangguan sistem saraf
 - j. Gangguan psikiatri
- 4. Aspek psikososial, spiritual dan kultural
 - 5. Persiapan menjelang akhir kehidupan (*Advanced directive*)
 - 6. Perawatan terminal
 - 7. Perawatan pada saat pasien meninggal
 - 8. Perawatan setelah pasien meninggal

BAB IV

TATA LAKSANA PALIATIF PADA ANAK

- 1. Komunikasi dan pembuatan keputusan pada anak
- 2. Kualitas hidup pada anak
- 3. Tata laksana paliatif pada anak
 - a. Prinsip tata laksana gejala
 - b. Nyeri
 - c. Gangguan sistem pencernaan
 - d. Gangguan sistem pernapasan
 - e. Fatigue/ kelemahan
 - f. Gangguan kulit
 - g. Gangguan sistem saluran kemih
 - h. Gangguan hematologi
 - i. Gangguan sistem saraf
 - j. Gangguan psikiatri
- 4. Aspek psikososial, spiritual dan kultural pada anak
- 5. Persiapan menjelang akhir kehidupan (*Advanced directive*)
- 6. Perawatan terminal pada anak
- 7. Perawatan pada saat pasien meninggal
- 8. Perawatan setelah pasien meninggal

BAB V

PENGORGANISASIAN DAN SISTEM RUJUKAN

1. Pengorganisasian
 - a. Tingkat puskesmas
Kelompok Paliatif : Home care, BP swasta,
 - b. Tingkat RS tipe B, C dan Khusus (Unit Paliatif)
 - c. Tingkat RS tipe A (Instalasi Paliatif)
2. Sistem rujukan berjenjang
 - a. Internal
 - b. eksternal
3. Pencatatan dan Pelaporan
4. Monitoring evaluasi
5. Sistem pembiayaan

BAB VI

PENUTUP

Daftar Pustaka

Tim Penyusun

Lampiran

SAMBUTAN
DIREKTUR JENDERAL PP-PL

Dengan memanjatkan puji dan syukur kepada Allah SWT atas bimbingan, petunjuk dan kekuatanNya kepada kita, maka selesailah buku Pedoman Paliatiff ini. Buku ini disusun berdasarkan kenyataan bahwa banyak kasus kanker pada stadium lanjut mengalami gejala yang berat dan menimbulkan penderitaan yang belum tertangani dengan semestinya sehingga pasien memiliki kualitas hidup yang tidak baik, serta keluarga mengalami kesulitan-kesulitan yang diakibatkannya. Diagnosa terminal tidak ditegakkan secara konsisten, sehingga tindakan yang semestinya tidak perlu lagi diberikan atau dilanjutkan masih dilakukan di rumah sakit sehingga menyebabkan beban ekonomi mikro dan makro semakin meningkat.

Mengintegrasikan perawatan paliatif dari saat diagnosis dapat mendukung pasien dan keluarga melalui periode sulit dan merencanakan dan mempersiapkan perawatan yang berkelanjutan yang efektif dan efeasien. Hal ini dapat meningkatkan kualitas hidup dan mencapai kualitas meninggal, sementara membatasi pengeluaran kesehatan dan meningkatkan kepuasan dalam penatalaksanaan di bidang onkologi. Pada kesempatan ini kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada para profesi dan perhimpunan paliatif dan onkologi yang telah memberikan asupan dalam penyusunan pedoman ini. Semoga segala upaya yang telah dilakukan ini akan bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan kanker di Indonesia. Amin.

Jakarta, Mei 2013

Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan

Prof. dr. Tjandra Yoga Aditama

NIP 195509031980121001

KATA PENGANTAR

Kebutuhan akan perawatan paliatif tidak dapat dihindari sehubungan dengan makin meningkatnya jumlah pasien kanker. Dengan sudah dituangkannya program pelayanan paliatif ke dalam Sistem Kesehatan Nasional perawatan paliatif kini menjadi bagian dari tata laksana penyakit kanker di Indonesia yang perlu terus dikembangkan.

Sebagai cabang ilmu kedokteran yang relatif baru, kini pelayanan paliatif terus menunjukkan perkembangannya di Indonesia. Agar dapat membantu petugas kesehatan mengerti dasar dasar pelayanan paliatif dan dapat menjalankan pelayanan paliatif diperlukan pedoman yang dapat dipahami dengan lebih mudah.

Semoga pedoman ini bermanfaat bagi petugas kesehatan yang bekerja di bidang ini dan tentunya bagi pasien dan keluarga yang membutuhkan.

Jakarta, 1 Mei 2013

Direktur Pengendalian Penyakit Tidak Menular

DR. Ekowati Rahajeng, SKM, M.Kes

NIP. 196006101982022001

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Di Indonesia, sebagian besar penyakit kanker ditemukan pada stadium lanjut, ditambah dengan ditemukannya kasus-kasus yang tidak mendapatkan pengobatan kanker menyebabkan angka harapan hidup yang lebih pendek. Pasien-pasien dengan kondisi tersebut mengalami penderitaan yang memerlukan pendekatan terintegrasi berbagai disiplin agar pasien memiliki kualitas hidup yang baik dan pada akhirnya meninggal secara bermartabat. Integrasi perawatan paliatif ke dalam tata laksana kanker terpadu telah lama dianjurkan oleh Badan Kesehatan Dunia, WHO, seiring dengan terus meningkatnya jumlah pasien kanker dan angka kematian akibat kanker. Penatalaksanaan kanker telah berkembang dengan pesat. Walaupun demikian, angka kesembuhan dan angka harapan hidup pasien kanker belum seperti yang diharapkan. Sebagian besar pasien kanker akhirnya akan meninggal karena penyakitnya. Pada saat pengobatan kuratif belum mampu memberikan kesembuhan yang diharapkan dan usaha preventif baik primer maupun sekunder belum terlaksana dengan baik sehingga sebagian besar pasien ditemukan dalam stadium lanjut, pelayanan paliatif sudah semestinya menjadi satu satunya layanan fragmatis dan jawaban yang manusiawi bagi mereka yang menderita akibat penyakit- penyakit tersebut di atas.

Sebagai disiplin ilmu kedokteran yang relatif baru, pelayanan paliatif merupakan filosofi dan bentuk layanan kesehatan yang perlu terus dikembangkan, sehingga penatalaksanaan pasien kanker menjadi efektif dan efisien.

Buku ini diharapkan mampu memberikan pengertian tentang prinsip tata laksana keluhan fisik pada pasien paliatif dan menjadi acuan dalam mengatasi masalah fisik yang menjadi salah satu hal terpenting dalam mencapai kualitas hidup yang baik bagi pasien dan keluarganya.

2. Tujuan Pelayanan Paliatif

1. Tujuan Umum

Terselenggaranya pelayanan paliatif yang terpadu dalam tata laksana kanker di setiap jenjang pelayanan kesehatan di Indonesia untuk meningkatkan kualitas hidup pasien kanker dan keluarganya

2. Tujuan Khusus

- a. Tersosialisasinya pelayanan paliatif pasien kanker di semua tingkat layanan kesehatan
- b. Terkoordinasinya pelayanan paliatif pasien kanker sehingga terwujud pelayanan paripurna
- c. Terlaksananya pelayanan paliatif sesuai pedoman

- d. Terlaksananya sistem rujukan pelayanan paliatif pasien kanker

3. Sasaran

- a. Pelaksana pelayanan paliatif yaitu dokter, perawat, tenaga kesehatan lainnya , dan tenaga terkait lainnya yang bekerja di bidang perawatan paliatif (lihat exel)
- b. Institusi terkait : rumah sakit, puskesmas, layanan paliatif swasta, rumah perawatan/hospis, dinas kesehatan, fasilitas kesehatan lainnya

4. Landasan hukum (masukkan dari pedoman kanker anak)

- a. Undang-undang nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak
- b. Undang-undang nomor 20 tahun 2003, tentang Sistem Pendidikan
- c. Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 5063)
- d. Peraturan Presiden nomor 5 tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2009-2014
- e. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 812/ Menkes/ 2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif
- f. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 1144/ Menkes/ Per/ VIII/ 2010 tentang Susunan Organisasi Tata Kerja Departemen Kesehatan
- g. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1116/ Menkes/ SK/ VIII/ 2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan
- h. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 1479/ Menkes/ SK/ X/ 2003 tentang Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular Terpadu
- i. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 430/ Menkes/ SK/ IV/ 2007 tentang Pedoman Pengendalian Penyakit Kanker
- j. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 374/ Menkes/ SK/ V/ 2003 tentang Sistem Kesehatan Nasional
- k. Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK 03.01/ 160/ I/ 2010 tentang Rencana Pembangunan Kesehatan Tahun 2010 – 2014

BAB II

PELAYANAN PALIATIF

1. Definisi

- Pelayanan paliatif pasien kanker adalah pelayanan terintegrasi oleh tim paliatif untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan memberikan dukungan bagi keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan kondisi pasien dengan mencegah dan mengurangi penderitaan melalui identifikasi dini, penilaian yang seksama serta pengobatan nyeri dan masalah masalah lain, baik masalah fisik, psikososial dan spiritual (WHO, 2002), dan pelayanan masa duka cita bagi keluarga (WHO 2005).
- Pelayanan paliatif pasien kanker anak adalah pelayanan aktif, menyeluruh meliputi badan, pikiran, semangat anak serta melibatkan dukungan pada keluarganya, dimulai sejak diagnosis ditegakkan dan terus berlanjut; terlepas pasien anak menerima perlakuan seperti dimaksud dalam standar penanganan penyakitnya; yang bertujuan untuk mencapai kualitas hidup terbaik bagi anak dan keluarganya. (WHO, 1998)
- Nyeri adalah perasaan yang tidak menyenangkan karena adanya pengalaman sensori dan emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan yang telah terjadi atau berpotensi terjadi. (International Association for the study of Pain , Alison 2009).
- Hospis adalah layanan bagi pasien menjelang akhir kehidupan di suatu tempat (rumah, rumah sakit, tempat khusus) dengan suasana seperti rumah.
- *Quality of life* adalah persepsi individu terhadap kondisi hidup saat ini yang dialami berdasarkan budaya atau nilai hidup yang berhubungan dgn tujuan, harapan, dan perhatian. (WHO 1997)

2. Prinsip pelayanan paliatif pasien kanker

- Menghilangkan nyeri dan gejala fisik lain
- Menghargai kehidupan dan menganggap kematian sebagai proses normal
- Tidak bertujuan mempercepat atau menghambat kematian
- Mengintegrasikan aspek psikologis, sosial dan spiritual
- Memberikan dukungan agar pasien dapat hidup seaktif mungkin
- Memberikan dukungan kepada keluarga sampai masa dukacita
- Menggunakan pendekatan tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarganya
- Menghindari tindakan yang sia sia

Pada pelayanan paliatif, pasien memiliki peran yang penting dalam membuat keputusan yang akan diambil. Tujuan pelayanan paliatif bagi setiap pasien berbeda dan dibuat dengan memperhatikan hal yang ingin dicapai oleh pasien bila memungkinkan, hal ini biasanya disampaikan dalam bentuk fungsi tubuh misalnya *Aku ingin bisa melakukan....* atau kejadian penting misalnya *Aku ingin melihat anakku menikah*. Secara umum pelayanan paliatif bertujuan untuk menghilangkan nyeri dan gejala lain, meningkatkan kualitas hidup, memberikan dukungan psikososial dan spiritual serta memberikan dukungan kepada keluarga selama pasien sakit dan selama masa dukacita.

3. Indikasi pelayanan paliatif

Pelayanan paliatif dimulai sejak diagnosis kanker ditegakkan bila didapatkan satu atau lebih kondisi di bawah ini :

- a. Nyeri atau keluhan fisik lainnya yang tidak dapat diatasi
- b. Stres berat sehubungan dengan diagnosis atau terapi kanker
- c. Penyakit penyerta yang berat dan kondisi sosial yang diakibatkannya
- d. Permasalahan dalam pengambilan keputusan tentang terapi yang akan atau sedang dilakukan
- e. Pasien/keluarga meminta untuk dirujuk ke perawatan paliatif
- f. Angka harapan hidup ≤ 12 bulan (ECOG ≥ 3 atau Karnofsky $\leq 50\%$, metastasis otak, dan leptomeningeal, metastasis di cairan interstisial, vena cava superior sindrom, kaheksia, serta kondisi berikut bila tidak dilakukan tindakan atau tidak respon terhadap tindakan yaitu: kompresi tulang belakang, bilirubin $\geq 2,5$ mg/dl, kreatinin ≥ 3 mg/dl). *tidak berlaku pada pasien kanker anak
- g. Pada pasien kanker stadium lanjut yang tidak respon dengan terapi yang diberikan .

Langkah-langkah dalam pelayanan paliatif :

1. Menentukan tujuan perawatan dan harapan pasien
2. Membantu pasien dalam membuat *Advanced care planning* (wasiat atau keinginan terakhir)
3. Pengobatan penyakit penyerta dan aspek sosial yang muncul
4. Tata laksana gejala (sesuai panduan dibawah)
5. Informasi dan edukasi perawatan pasien
6. Dukungan psikologis, kultural dan sosial
7. Respon pada fase terminal: memberikan tindakan sesuai wasiat atau keputusan keluarga bila wasiat belum dibuat, misalnya: penghentian atau tidak memberikan pengobatan yang memperpanjang proses menuju kematian (resusitasi, ventilator, cairan, dll)

8. Pelayanan terhadap pasien dengan fase terminal



EVALUASI, apakah

1. Nyeri dan gejala lain teratasi dengan baik
2. Stress pasien dan keluarga berkurang
3. Merasa memiliki kemampuan untuk mengontrol kondisi yang ada
4. Beban keluarga berkurang
5. Hubungan dengan orang lain lebih baik
6. Kualitas hidup meningkat
7. Pasien merasakan arti hidup dan bertumbuh secara spiritual

Jika Pasien MENINGGAL

1. Perawatan jenazah
2. Kelengkapan surat dan keperluan pemakaman
3. Dukungan masa duka cita (berkabung)

5. Tim dan tempat pelayanan paliatif

Dalam mencapai tujuan pelayanan paliatif pasien kanker, yaitu mengurangi penderitaan pasien, beban keluarga, serta mencapai kualitas hidup yang lebih baik, diperlukan sebuah tim yang bekerja secara terpadu (lihat tabel tim paliatif). Pelayanan paliatif pasien kanker juga membutuhkan keterlibatan keluarga dan tenaga relawan. Dengan prinsip interdisipliner (koordinasi antar bidang ilmu dalam menentukan tujuan yang akan dicapai dan tindakan yang akan dilakukan guna mencapai tujuan), tim paliatif secara berkala melakukan diskusi untuk melakukan penilaian dan diagnosis, untuk bersama pasien dan keluarga membuat tujuan dan rencana pelayanan paliatif pasien kanker, serta melakukan monitoring dan follow up.

Kepemimpinan yang kuat dan manajemen program secara keseluruhan harus memastikan bahwa manajer lokal dan penyedia layanan kesehatan bekerja sebagai tim multidisiplin dalam sistem

kesehatan, dan mengkoordinasikan erat dengan tokoh masyarakat dan organisasi yang terlibat dalam program ini, untuk mencapai tujuan bersama. Komposisi tim perawatan paliatif terdiri :

a. Dokter

Dokter memainkan peran penting dalam pelayanan paliatif interdisipliner, harus kompeten di kedokteran umum, kompeten dalam pengendalian rasa sakit dan gejala lain, dan juga harus akrab dengan prinsip-prinsip pengelolaan penyakit pasien. Dokter yang bekerja di pelayanan paliatif mungkin bertanggung jawab untuk penilaian, pengawasan dan pengelolaan dari banyak dilema pengobatan sulit.

b. Perawat

Merupakan anggota tim yang biasanya akan memiliki kontak terlama dengan pasien sehingga memberikan kesempatan unik untuk mengetahui pasien dan pengasuh, menilai secara mendalam apa yang terjadi dan apa yang penting bagi pasien, dan untuk membantu pasien mengatasi dampak kemajuan penyakit. Perawat dapat bekerja sama dengan pasien dan keluarganya dalam membuat rujukan sesuai dengan disiplin ilmu lain dan pelayanan kesehatan

c. Pekerja sosial dan psikolog

Perannya membantu pasien dan keluarganya dalam mengatasi masalah pribadi dan sosial, penyakit dan kecacatan, serta memberikan dukungan emosional/konseling selama perkembangan penyakit dan proses berakut. Masalah pribadi biasanya akibat disfungsi keuangan, terutama karena keluarga mulai merencanakan masa depan.

d. Konselor spiritual

Konselor spiritual harus menjadi pendengar yang terampil dan tidak menghakimi, mampu menangani pertanyaan yang berkaitan dengan makna kehidupan. Sering juga berfungsi sebagai orang yang dipercaya sekaligus sebagai sumber dukungan terkait tradisi keagamaan, pengorganisasian ritual keagamaan dan sakramen yang berarti bagi pasien kanker. Sehingga konselor spiritual perlu dilatih dalam perawatan akhir kehidupan.

e. Relawan

Peran relawan dalam tim perawatan paliatif akan bervariasi sesuai dengan pengaturan. Di negara sumber daya rendah atau menengah, relawan dapat menyediakan sebagian besar pelayanan untuk pasien. Relawan yang termasuk dalam rumah sakit dan tim pelayanan paliatif membantu profesional kesehatan untuk memberikan kualitas hidup yang optimal bagi pasien dan keluarga. Relawan datang dari semua sektor masyarakat, dan sering menyediakan link antara institusi layanan kesehatan dan pasien. Memasukkan relawan dalam tim pelayanan

paliatif membawa dimensi dukungan masyarakat dan keahlian masyarakat. Dengan pelatihan dan dukungan tepat, relawan dapat memberikan pelayanan langsung kepada pasien dan keluarga, membantu tugas-tugas administratif, atau bahkan bekerja sebagai konselor. Selain itu, dapat berperan membantu meningkatkan kesadaran, memberikan pendidikan kesehatan, menghasilkan dana, membantu rehabilitasi, atau bahkan memberikan beberapa jenis perawatan medis.

f. Apoteker

Terapi obat merupakan komponen utama dari manajemen gejala dalam pelayanan paliatif, sehingga apoteker memainkan peranan penting. Apoteker memastikan bahwa pasien dan keluarga memiliki akses penting ke obat-obatan untuk pelayanan paliatif. Keahlian apoteker juga dibutuhkan untuk mendukung tim kesehatan dengan memberikan informasi mengenai dosis obat, interaksi obat, formulasi yang tepat, rute administrasi, dan alternatif pendekatan.

Morfin dan obat-obatan lain yang sesuai diperlukan untuk pelayanan paliatif. Banyak negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, akses terhadap obat-obatan tidak hanya dibatasi oleh kurangnya apoteker untuk mengeluarkan obat-obatan, tetapi juga oleh biaya obat-obatan yang relatif tinggi sehingga sulit dijangkau bagi banyak pasien kanker. Untuk itu, apoteker, bahkan mereka dengan keterampilan dasar yang cukup dan pelatihan yang terbatas sangat penting untuk pelayanan paliatif.

g. Dukun

Peran obat tradisional dan dukun juga diakui. Di seluruh dunia, sekitar dua pertiga dari pasien kanker meminta pertolongan berobat pada terapi komplementer atau alternatif (Ott, 2002). Dalam banyak hal, dukun biasanya tidak menjadi anggota tim perawatan paliatif. Namun demikian, harus ada ruang untuk sebuah wacana terbuka antara penyedia layanan kesehatan dan dukun dengan maksud untuk mengkoordinasikan upaya-upaya mereka dalam mengatasi kebutuhan pasien dan keluarga mereka, yang sensitif dan menghormati, dengan mempertimbangkan beragam budaya masyarakat dan individu.

Catt.masukkan tabel

BAB III
TATA LAKSANA PALIATIF PADA PASIEN KANKER DEWASA

1. Komunikasi dan pembuatan keputusan

Komunikasi antara dokter dan petugas kesehatan lain dengan pasien dan keluarga serta antara pasien dan keluarga merupakan hal yang penting dalam perawatan paliatif. Pasien adalah pribadi yang harus dihargai haknya untuk mengetahui atau tidak mengetahui kondisi penyakitnya. Pasien juga merupakan individu yang berhak menentukan tindakan yang akan dilakukan terhadapnya jika pasien masih memiliki kompetensi untuk membuat keputusan. Pada fase akhir kehidupan banyak pasien yang tidak lagi mampu membuat keputusan, sehingga pembicaraan tentang apa yang akan atau tidak dilakukan sebaiknya diputuskan pada saat pasien masih memiliki kesadaran penuh. Walaupun demikian keluarga tetap dapat dilibatkan dalam pengambilan keputusan. Dalam menyampaikan BERITA BURUK, hal hal berikut ini harus diperhatikan: ***Apa, sejauh mana, kapan, dengan siapa dan bagaimana cara menyampaikan berita tersebut.***

Dalam hal ini, dokter dan petugas kesehatan lain harus memperhatikan kultur yang dianut pasien dan keluarga.

2. Kualitas hidup

Meningkatnya kualitas hidup pasien kanker merupakan indikator keberhasilan pelayanan paliatif. Kualitas hidup pasien kanker diukur dengan Modifikasi dari Skala Mc Gill. Terdapat 10 indikator yang harus dinilai oleh pasien sendiri, yaitu :

Indikator	Nilai 1-10
Secara fisik saya merasa	Sangat buruk.....sangat baik
Saya tertekan atau cemas	Selalu.....tidak pernah
Saya sedih	Selalu.....tidak pernah
Dalam melihat masa depan	Selalu takut.....tidak takut
Keberadaan saya	Tidak berarti tanpa tujuan.....sangat berarti dan bertujuan
Dalam mencapai tujuan hidup	Tidak mencapai tujuanmencapai tujuan
Saya	Tidak dapat.....sangat dapat mengontrol hidup saya
Sebagai pribadi	Tidak baik.....sangat baik
Hari saya	Sebagai beban.....sebagai anugrah
Saya merasa	Tidak mendapat dukungan.....mendapat dukungan penuh

3. Tata laksana gejala

a. Prinsip tata laksana gejala

Gejala yang muncul pada pasien dengan penyakit stadium lanjut bervariasi. Prinsip tata laksananya adalah sebagai berikut:

1. *EVALUASI*:

A. Evaluasi terhadap gejala yang ada:

- Apa penyebab gejala tersebut (kanker, anti kanker dan pengobatan lain, tirah baring, kelainan yang menyertai)
- Mekanisme apa yang mendasari gejala yang muncul? (misalnya: muntah karena tekanan intrakranial yang meningkat berlainan dengan muntah karena obstruksi gastrointestinal)
- Adakah hal yang memperberat gejala yang ada (cemas, depresi, insomnia, kelelahan)
- Apakah dampak yang muncul akibat gejala tersebut? (misalnya: tidak bisa tidur, tidak nafsu makan, tidak dapat beraktifitas)
- Pengobatan atau tindakan apa yang telah diberikan? Mana yang tidak bermanfaat?
- Tindakan apa saja yang dapat dilakukan untuk mengatasi penyebabnya?

B. Evaluasi terhadap pasien:

- Seberapa jauh progresifitas penyakit? Apakah gejala yang ada merupakan gejala terminal atau sesuatu yang bersifat reversible?
- Apa pendapat pasien terhadap gejala tersebut?
- Bagaimana respon pasien?
- Bagaimana fungsi tubuh? (Gunakan KARNOFSKY RATING SCALE)

2. *PENJELASAN*:

Penjelasan terhadap penyebab keluhan yang muncul sangat bermanfaat untuk mengurangi kecemasan pasien. Jika dokter tidak menjelaskan, mungkin pasien bertambah cemas karena menganggap dokter tidak tahu apa yang telah terjadi dalam dirinya.

3. *DISKUSI*

Diskusikan dengan pasien pilihan pengobatan yang ada, hasil yang dapat dicapai dengan pilihan yang tersedia, pemeriksaan yang diperlukan, dan apa yang akan terjadi jika tidak dilakukan pengobatan.

4. PENGELOLAAN SECARA INDIVIDU

Pengobatan bersifat individual, tergantung pada pilihan yang tersedia, manfaat dan kerugian pada masing masing pasien dan keinginan pasien dan keluarga.

Pengobatan yang diberikan terdiri dari:

- Atasi masalah berdasarkan penyebab dasar : atasi penyebabnya bila memungkinkan (Pasien dengan nyeri tulang karena metastase, lakukan radiasi bila memungkinkan. Pasien dengan sesak nafas karena spasme bronkus, berikan bronkodilator)
- Prinsip pengobatan : setiap obat opioid dimulai dengan dosis terendah, kemudian lakukan titrasi, untuk mendapatkan efek yang optimal dan dapat mencegah penderitaan dan penurunan kualitas hidup akibat efek samping obat tersebut.
- Terapi fisik : selain dengan obat, modalitas lain diperlukan untuk mengatasi gejala misalnya relaksasi, pengaturan posisi, penyesuaian lingkungan dll.

5. PERHATIAN KHUSUS

Walaupun gejala yang ada tidak dapat diatasi penyebabnya, mengatasi keluhan secara simptomatis dengan memperhatikan hal hal kecil sangat bermanfaat (misalnya jika operasi, kemoterapi atau radiasi pada kanker esofagus tidak dapat lagi diberikan, pengobatan untuk jamur di mulut akan bermafaat bagi pasien). Gunakan kata tanya “Mengapa” untuk dapat mengatasi mencari penyebab gejala. (misalnya: seorang pasien kanker paru muntah. Pasien tidak hiparkalsemia atau dengan opioid. Mengapa pasien muntah?)

6. PENGAWASAN

Pengawasan terhadap pasien, gejala yang ada dan dampak pengobatan yang diberikan sangat diperlukan karena pada stadium lanjut,karena keadaan tersebut dapat berubah dengan cepat.

a. Nyeri

Nyeri adalah keluhan yang paling banyak dijumpai pada pasien kanker stadium lanjut. Nyeri juga merupakan keluhan yang paling ditakuti oleh pasien dan keluarga. 95% nyeri kanker dapat diatasi dengan kombinasi modalitas yang tersedia, termasuk memberikan perhatian terhadap aspek psikologi, sosial, dan spiritual.

Jenis nyeri:

	Nosiseptif- Somatik superfisial	Nosiseptif- Somatik dalam	Nosiseptif- Viseral	Neuropatik
Asal	Kulit, subkutan, mukos	Tulang, sendi, otot	Organ tubuh	Kerusakan pad

rangsangan	mulut, hidung, sinus uretra, anus	tendon, ligament	masa tumor dan kelenjar getah bening yang dalam, Tumpul, dalam kram	saraf nociceptive
Sifat	Panas,tajam,menyengat	Tumpul, berdenyut,		Disestesia, alodinia
Lokasi	Sangat terlokalisir	Terlokalisir		phantom, kebas Sesuai dermatom
Penjalaran	Tidak	Tidak/ya	Sukar ditentukan	Ya
Efek gerakan	Tidak	Memperburuk	Ya	Traksi
Nyeri tekan	Ya	Ya	Mungkin	memperburuk
Efek otonom	Tidak	Mungkin	Mungkin	Tidak
			Mual, muntah berkeringat, tekanan darah nadi	Tidak stabil hangat/dingin, berkeringat, sianosis, pucat

Penilaian nyeri: Gunakan formulir untuk penilaian nyeri terlampir.

Skrining Nyeri:

Nyeri +	Nyeri -	Antisipasi Nyeri
- Ukur skala nyeri 24 jam terakhir dan saat ini, saat istirahat dan bergerak* - Karakteristik nyeri - Lokasi nyeri - Penjalaran/ referred - Menetap/intermitten - Onset dan durasi - Faktor yang memperberat/memperin	Skrining pada kunjungan berikutnya	- Berikan analgesik dosis renjatan sebelum prosedur dilakukan - Berikan anxiolitik bila diperlukan - Anestesi topikal - Lidocain subkutaneus

gan • Dampak terhadap aktivitas, kemampuan berjalan, pekerjaan nafsu makan, tidur, mood dan hubungan dengan orang lain • Gejala lain yang menyertai • Obat dan dosis dan intervensi yang telah dilakukan • Respon dan efek samping terhadap obat atau intervensi tsb • Riwayat kanker dan pengobatannya • Pemeriksaan fisik • Laboratorium penunjang • Aspek lain: - Arti dan akibat nyeri bagi pasien dan keluarga - Pengetahuan dan kepercayaan tentang nyeri - Kultur terhadap nyeri - Faktor Spiritual dan keyakinan/agama terhadap nyeri - Tujuan dan harapan tata laksana nyeri - Kondisi psikologis pasien - Dukungan keluarga - Gangguan psikiatri		
--	--	--

Faktor resiko adanya ketidak taatan berobat ↓ • Tentukan etiologi (kanker, terapi kanker atau prosedurnya, non kanker, debilitas) • Patofisiologi (Neuropatik, nociceptik)		
---	--	--

SKALA NYERI: *lihat panduan tata laksana nyeri

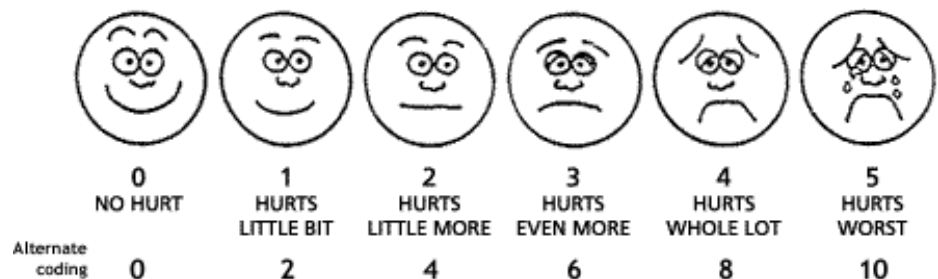
1. NRS (numeric Rating Scale)

Tanyakan intensitas nyeri dengan menggunakan angka 0-10
0 berarti tidak nyeri dan 10 sangat nyeri

2. Categorical Scale

Dibagi atas : nyeri ringan – nyeri sedang – nyeri berat

3. Faces Rating Scale



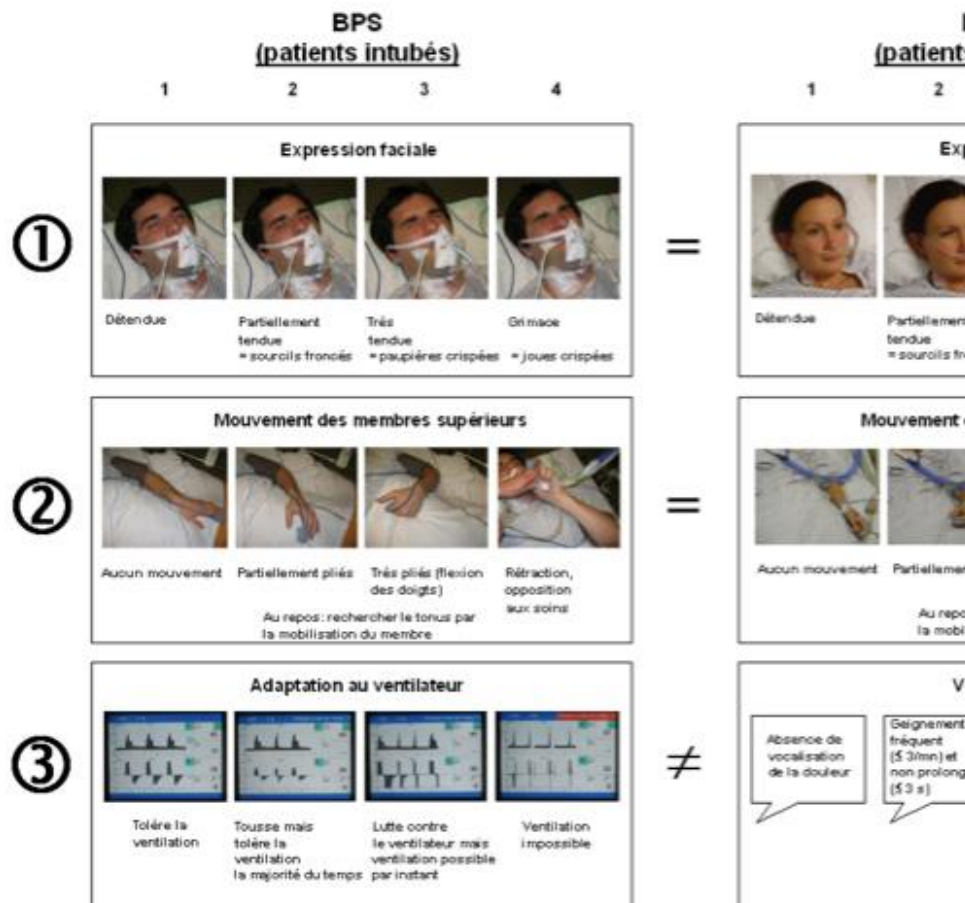
Keterangan:

- Nilai 0** : Tidak ada/ bebas nyeri
- Nilai 1-2** : Nyeri ringan (tidak bisa bercanda, serius, wajah datar, nyeri dapat diabaikan)
- Nilai 3-5** : Nyeri sedang (Alis berkerut, bibir mengerucut, menahan nafas, aktivitas terganggu)
- Nilai 5-7** : Nyeri sedang (hidung berkerut, mengangkat bibir bagian atas, bernafas cepat, konsentrasi terganggu)
Nilai 7-9 : Nyeri berat (mulut terbuka, slow blink, mengganggu kebutuhan dasar)
- Nilai 10** : Nyeri hebat (mata tertutup, mengerang menangis, memerlukan bedrest)

4. Visual Analog Scale

5. Behaviour Pain Scale (*Payen JF et al. Crit Care Med, 2001*)

Digunakan pada pasien yang tidak dapat berkomunikasi atau menggunakan ventilator



(cat :keterangan menyusul)

TATA LAKSANA NYERI:

Sesuai dengan penyebab yang ada dan prinsip tata laksana yang digunakan di perawatan paliatif, modalitas yang dapat digunakan adalah sbb:

a. Medikamentosa :

Analgetik: NSAID, Non opioid, Opioid; Adjuvant (kortikosteroid, antidepresan, anti epilepsi, relaksan otot, antispasmodik)

b. Nonmedikamentosa

Fisik: kompres hangat, TENS

Interupsi terhadap mekanisme nyeri: anestesi, neurolisis dan *neurosurgery*

Modifikasi lingkungan dan gaya hidup: hindari aktifitas yang memacu atau memperberat nyeri, immobilisasi bagian yang sakit dengan alat, gunakan alat bantu untuk jalan atau kursi roda

Psikologis: penjelasan untuk mengurangi dampak psikologis

Relaksasi, cognitive-behavioural therapy, psychodynamic therapy

c. **Lain-lain**

Modifikasi terhadap proses patologi yang ada:

diperlukan pada kondisi emergency seperti Patah tulang karena metastase, resiko patah tulang pada tulang penyangga tubuh, metastase ke otak, leptomeningeal atau epidural, obstruksi memerlukan radioterapi dan infeksi memerlukan antibiotik.

Penggunaan obat

Penggunaan analgetik dan obat adjuvant sangat penting. Digunakan pedoman WHO STEP LADDER sebagai dasar pemberian obat (*WHO Geneva, 1986 disesuaikan dengan obat yang tersedia di Indonesia*)

		Analgetik	Obat pilihan	Obat lain
STEP 1 Ringan 1-3	Nyeri	Non-opioid $\pm$ adjuvant	NSAID	Parasetamol
STEP Sedang 4-6	Nyeri tetap atau meningkat	Opiumid lemah $\pm$ Non-opioid $\pm$ adjuvant	Codein	Tramadol
STEP 3 Berat 7-10	Nyeri tetap atau meningkat	Opiumid kuat $\pm$ Non-opioid $\pm$ adjuvant	Morfin	Fentanyl

NON OPIOID

PARACETAMOL:

- Digunakan untuk nyeri ringan, terutama untuk jaringan lunak dan musculoskeletal serta penurunan panas
- Sebagai suplemen opiumid sehingga memungkinkan dosis opiumid yang lebih kecil.
- Dosis paracetamol adalah 500 mg – 1000 mg per 4-jam. Maksimum dosis adalah 4 gram perhari.

NSAID

NSAID sangat efektif untuk menangani nyeri tulang. Selain itu, dipakai pada nyeri akibat inflamasi dan kerusakan jaringan, nyeri karena metastase tulang, demam neoplastik dan nyeri post operasi.

Golongan NSAID, dosis dewasa, interval dan dosis maksimum

Obat	Dosis dewasa (mg)	Interval (jam)	Dosis maksimum/hr
Oral			
Aspirin	300 - 900	4 – 6	3600
Celecoxib	100 - 200	12 – 24	400
Diclofenac	25 - 50	8 – 12	150
Diflunisal	250 - 500	12	1000
Ibuprofen	200 - 400	6 – 8	2400
Indometacin	25 - 50	6 – 12	200
Ketoprofen	50 - 100	6 – 12	200
Ketorolac			
< 65 th	10	4 – 6	40
>65 th	10	6 – 8	30 – 40
Asam Mefenamat	500	8	1500
Meloxicam	7.5 – 15	24	15
Naproxen	250 – 500	12	1250
Piroxicam	10 – 20	24	20
Parenteral			
Ketorolac			
< 65	10 – 30	4 – 6	90
>65	10 – 15	4 – 6	60

OPIOID LEMAH

CODEIN:

- Digunakan untuk nyeri sedang, dapat diberikan secara oral.

Dosis: 0,5- 1 mg/kg (Max 60 mg/dosis)

Efek samping: sedasi, konfusi, hipotensi, mual, muntah dan konstipasi

- Efek samping berupa konstipasi memerlukan laksatif secara rutin

TRAMADOL:

Tramadol memiliki efek samping yang minimal terhadap sedasi, depresi pernafasan dan gastrointestinal.

Dosis: 2 mg/kg (Max 8 mg/kg/hari)

Efek samping: mual, muntah, gangguan sistem kardiovaskular dan pernafasan (efek minimal)

OPIOID KUAT

MORFIN ORAL

- Morfin adalah jenis obat lini pertama jika ada indikasi pemberian opioid
- Mulai dengan dosis kecil immediate release (IR) PO: 2,5 – 5 mg tiap 4 jam kemudian lakukan titrasi sampai dosis yang diperlukan
- Tetap gunakan IR morfin untuk nyeri renjatan dan nyeri insiden dengan dosis 1/6-1/10 total dosis 24 jam.
- Jika nyeri renjatan atau incident terjadi, dosis harian (dosis dasar) tetap diberikan sesuai jadwal.
- Dosis morfin perlu dinaikkan 30% – 50% jika efek morfin hanya sebagian atau durasinya sebentar.
- Dosis morfin perlu diturunkan 30% - 50% jika efek samping yang muncul persisten.
- Dosis harian perlu dinaikkan, bila renjatan nyeri terjadi 3x atau lebih dalam sehari, dengan menjumlahkan dosis harian dan jumlah dosis renjatan untuk hari berikutnya
- Gantikan IR morfin dengan sustained release (SR) morfin segera setelah dosis yang diperlukan tercapai: dosis 24 jam immediate release dibagi 2 untuk diberikan 2x sehari.
- SR morfin mempunyai kelebihan seperti tidak perlu minum di tengah malam, efek samping mengantuk dan mual lebih ringan, dan rasa yang lebih dapat diterima.
- Berikan dosis SR pertama bersamaan dengan dosis IR terakhir.
- Tablet SR jangan digerus, jangan dikunyah, harus ditelan utuh agar memiliki efek kerja dan durasi yang diinginkan.
- Bila pasien tidak dapat menelan, tablet dapat diberikan per rektal dengan dosis yang sama.

PARENTERAL MORFIN

Pemberian morfin secara parenteral diperlukan jika pasien tidak dapat menelan, mual muntah hebat atau ada obstruksi usus, kesadaran yang menurun, kebutuhan dosis yang tinggi, nyeri harus segera diatasi dan pada pasien yang tidak patuh untuk minum obat.

Pemberian morfin parenteral sebaiknya diberikan secara subkutaneus (SK) atau intravena (IV). Pemberian intramuskuler sebaiknya dihindari karena absorpsi yang tidak teratur dan nyeri pada saat penyuntikan.

Dosis morfin parenteral adalah 1/3 dosis oral.

Dosis morfin parenteral 24 jam adalah jumlah dosis oral 24 jam (dosis dasar + dosis renjatan, tidak termasuk dosis untuk nyeri insiden) dibagi 3.

Pemberian morfin SK atau IV dimulai dengan 1/3 dosis oral.

Pemberian morfin secara intermiten dengan dosis 1/6 dosis 24 jam, diberikan tiap 4 jam.

Pemberian SK atau IV secara kontinyu dimulai dengan pemberian dosis loading 1/6 dosis 24 jam.

FENTANYL

Fentanyl tidak memiliki bentuk aktif metabolit. Efek samping terhadap susunan saraf pusat lebih sedikit dibanding dengan morfin. Efek konstipasi juga lebih ringan.

Pemberian dapat melalui transdermal atau parenteral. Pemberian IV atau SK memiliki durasi singkat sehingga dapat digunakan untuk nyeri renjatan, insiden atau prosedur.

Kekurangan fentanyl adalah: tidak memiliki bentuk oral, dosis yang besar tidak dapat diberikan melalui SK karena memiliki volume yang besar, efek onset yang lama (18-24 jam), dosis transdermal terbatas (12,5; 25; 50; dan 100 mikrogram per jam) dan tidak dapat dipotong untuk mendapatkan dosis yang lebih kecil. Kekurangan yang lain adalah bila pasien berkeringat, bentuk transdermal mungkin kurang bermanfaat.

Bila menggunakan transdermal, dosis dasar opioid harus tetap diberikan pada 12 – 18 jam pertama.

Dosis ekuivalen untuk 25 mikrogram per jam transdermal fentanyl adalah 60 – 100 mg oral morfin/24 jam.

Tanda klinis toksik dan overdosis yang perlu diketahui pada penggunaan opioid kuat :

- Gangguan kesadaran
- Delirium
- Halusinasi
- Mioklonus
- Depresi nafas (melambatnya pernafasan) .

ADJUVANT

Golongan obat	Manfaat	Dosis	Keterangan
NMDA-reseptor antagonist Ketamine	Nyeri neuropatik	10 – 25 mg SK/ 50 -100 mg/24 jam	
Antiepileptic Carbamazepine Gabapentin	Nyeri neuropatik	100 – 400 mg/ 12 jam 300 mg per 8 jam	Kenaikkan dosis/3 hr Mulai 300 mg 1x/hr
Antidepressant: TCA	Nyeri neuropatik	10 – 150 mg ON	Kenaikan dosis/7 hr
Antiarrhythmic: Clonidin	Nyeri neuropatik		
Corticosteroid Dexamethazone Prednisolone	Nyeri akibat SOP	4 – 16 mg PO/SK/hr 25- 100 mg PO/hr	TIK ↑kompresi tulang belakang, distensi liver, obstruksi
Biphosphonate Disodium pamidronate Sodium clodronate Zoledronic acid	Nyeri metastase Tulang	4 mg IV 15 minutes	
Benzodiazepin Diazepam	Nyeri spasme otot lurik	2 – 5 mg, 1 – 3x/hari	
Baclofen		5 – 25 mg, 3x/hari	Hati2 pd gg ginjal
Anticholinergic agent Hyoscine butylbromide	Nyeri spasme otot Polos	10 mg SK/ 4 jam 60 -80 mg/ 24 jam	Mungkin digunakan bersama opioid

Pada fase terminal dari stadium terminal (kematian diperkirakan dalam hari atau minggu):

1. Jangan kurangi dosis opioid semata mata karena penurunan tensi, respirasi atau kesadaran, namun pertahankan sampai mencapai kenyamanan
2. Perhatikan adanya neurotoksisitas karena opioid termasuk hyperalgesia
3. Bila pengurangan dosis diperlukan, kurangi 50% dosis 24 jam
4. Gantikan cara pemberian opioid bila diperlukan (oral, sk, iv,transdermal) dengan dosis konversi
5. Bila terdapat refractory pain, pertimbangkan sedasi

b. Gangguan sistem pencernaan

XEROSTOMIA

Xerostomia atau mulut kering mungkin tidak menimbulkan rasa haus pada pasien stadium terminal, sehingga perlu diperiksa walaupun pasien tidak mengeluh, untuk melihat apakah ada tanda dehidrasi, inflamasi, kotor atau tanda infeksi.

Penyebab mulut kering bisa berupa kerusakan kelenjar liur, akibat radiasi, kemoterapi atau infeksi, atau efek samping obat seperti Trisiklik, antihistamin, antikolinergik. Dehidrasi dan penggunaan oksigen tanpa pelembab dapat juga menyebabkan mulut kering. Penyebab yang sering adalah adanya infeksi kandida akibat pemakaian steroid yang lama.

Tata laksana:

- Atasi dasar penyebab :
Review obat-obat yang diberikan
Berikan obat untuk kandidiasis
- Non-Medikamentosa: lakukan perawatan mulut seperti di bawah
- Medikamentosa: Pilocarpin solution 1mg/1ml, 5 ml kumur 3 x sehari

STOMATITIS

Peradangan pada mulut bisa sangat mengganggu pasien. Stomatitis dapat menyebabkan perubahan rasa yang dapat menyebabkan penurunan nafsu makan. Nyeri yang muncul mengakibatkan pasien tidak dapat makan/minum sehingga pemberian obat dapat terganggu. Stomatitis dapat disebabkan oleh radiasi, kemoterapi, infeksi (jamur, virus, bakteri), pemakaian obat, dan malnutrisi.

Pengobatan berupa perawatan mulut dan menghilangkan penyebabnya

PERAWATAN MULUT

- Mencuci mulut setiap 2 jam dengan air biasa atau air yang dicampur dengan air jeruk, sodium bikarbonat.
- Jaga kelembaban mulut dengan sering minum
- Pada xerostomia: Rangsang air liur dengan irisan jeruk yang dibekukan, potongan es atau permen karet tanpa gula.
- Untuk mencegah agar bibir tidak pecah-pecah, olesi dengan krim dengan bahan dasar lanolin
- Pada hypersalivasi: teteskan di mulut atropine tetes mata 1%, 1 – 2 tetes 3 x sehari

PERAWATAN SIMTOMATIS untuk mengurangi nyeri

- Parasetamol gargle setiap 4 jam
- Lignocain 2% 10 – 15 ml, kumur setiap 4 jam

PENGOBATAN SESUAI PENYEBAB

- **Kandidiasis:**

Miconazole 2%, 2.5 mg oleskan lalu telan

Nystatin 100.000 unit/ml, 1 ml oleskan lalu telan.

Untuk kandidiasis berat: Fluconazol 50 – 100 mg PO/ hari atau ketoconazole 200 mg PO/ hari

- **Ulkus Aphthous**

Pasta triamcinolone acetonide 0.1%/ 8 jam

- **Herpes simplex**

Lesi tunggal: acyclovir 5% oleskan/4 jam.

Pada kasus berat: acyclovir 400 mgPO/8 jam atau 5mg/kg IV/8 jam

Catatan: cara penggunaan obat dan perawatan mulut yang baik sangat diperlukan agar mencapai hasil optimal.

KESULITAN MENELAN/DISFAGIA

Terdapat tiga fase yang diperlukan untuk menelan, yaitu fase bukal, faringeal dan esophageal. Disfagia dapat terjadi pada ketiga fase tersebut. Penyebab disfagia berbagai macam seperti obstruksi tumor, peradangan yang disebabkan oleh infeksi, radiasi atau kemoterapi, xerostomia, gangguan fungsi neuromuskuler akibat operasi, fibrosis karena radiasi, gangguan saraf kranial dan kelemahan umum. Disfagia dapat disertai dengan odinofagia yang mempersulit keadaan pasien.

Tata laksana pada disfagia orofaringeal:

- Edukasi cara makan seperti posisi duduk agar bisa menelan lebih mudah, dan jenis makanan yang lembut dalam porsi kecil.
- Kortikosteroid sering bermanfaat pada disfagia yang disebabkan oleh obstruksi intrinsik, infiltrasi pada saraf dan disfungsi saraf kranial.
- Akumulasi air liur akibat obstruksi dapat dikurangi dengan obat antikolinergik untuk mencegah aspirasi dan air liur yang mengalir terus menerus yang mengganggu.
- Nutrisi enteral: Pemberian makanan melalui rute lain seperti sonde lambung (Nasogastric tube) atau gastrostomi subkutaneus perlu dipertimbangkan manfaat dan kerugiannya dilihat dari kondisi pasien.

Tata laksana pada disfagi esophageal:

- Kortikosteroid yang diberikan pada waktu singkat: dexametason 8 mg 3 – 5 hari
- Pemberian obat untuk mengurangi refluks asam lambung : omeprazole 1 x 20 mg : atau ranitidine 2x 300mg.
- Pemasangan stent

- Radioterapi bila kondisi memungkinkan

Pada kasus terminal, tindakan invasif tidak dianjurkan.

ANOREKSIA/KAHEKSIA

Harapan hidup Intervensi	Beberapa tahun	Beberapa bulan – 1 th	Beberapa minggu sampai beberapa bulan	Beberapa hari sampai beberapa minggu
Obati penyebab anorexia	Cepat kenyang: metoclopramide Gejala yang menyebabkan anorexia: • Depresi • Konstipasi • Nyeri • Xerostomia • Mucositis • Mual/muntah • Fatigue Evaluasi obat yang menurunkan nafsu makan Evaluasi gangguan endokrin: • Gangguan thyroid • Gangguan metabolit seperti hiperkalsemia Penambah nafsu makan • Megestrol acetat Program Olahraga Konsultasi gizi	+ + + + + + + +		+ + + - - - - Lihat catatan

				dibawah*
--	--	--	--	----------

*Anorexia pada pasien stadium lanjut sering kali bukan menjadi keluhan pasien tetapi keluhan keluarga. Hilangnya nafsu makan sering dihubungkan dengan rasa penuh dan cepat kenyang. Anorexia biasanya merupakan gejala Anorexia –Cachexia Sindrom atau kondisi yang lain.

Dengarkan ketakutan dan kecemasan keluarga

Penjelasan kepada keluarga:

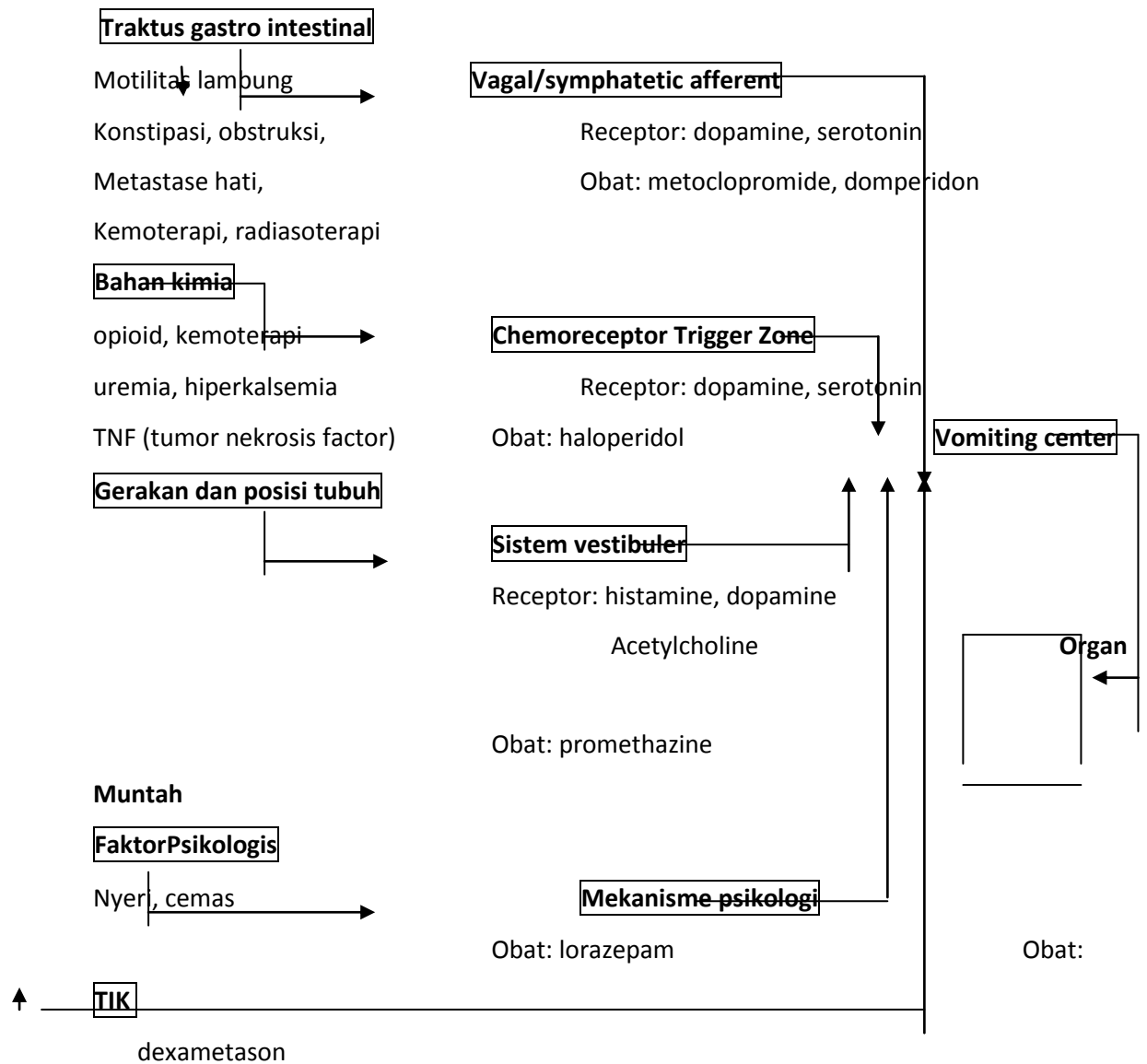
- Tidak bisa makan atau hanya bisa makan sedikit pada pasien stadium lanjut adalah normal, dan berikan makanan apa dan kapan pasien mau. Berikan makanan dalam dosis kecil yang bervariasi dan dalam penyajian yang menarik akan menimbulkan selera.
- Jangan paksakan pasien untuk makan dan hilangkan pikiran bahwa jika pasien tidak makan dia akan meninggal. Yang terjadi adalah karena pasien dalam kondisi terminal, maka tidak mampu untuk makan. Karena makan adalah kebiasaan sosial, mengajak pasien makan di meja makan mungkin akan menimbulkan selera
- Pemberian nutrisi mungkin tidak dapat lagi dimetabolisme pada pasien dengan stadium terminal Terdapat resiko
- Terdapat resiko yang berhubungan dengan nutrisi artifisial, yaitu: kelebihan cairan, infeksi dan menyebabkan kematian
- Gejala seperti mulut kering, dapat diatasi dengan pemberian cairan sedikit-sedikit dan kebersihan mulut
- Menghentikan nutrisi parenteral dan sonde lambung bisa mengurangi beberapa gejala seperti ketidak nyamanan atau risiko infeksi.
- Jika Pasien ingin makan namun tidak ada nafsu makan, berikan: Kortikosteroid 2 – 4 mg pagi hari akan bermanfaat pada kurang lebih 50% pasien dalam beberapa minggu. Obat lain: megestrol 160- 800 mg pagi hari.

MUAL/MUNTAH

Mual dan muntah adalah salah satu keluhan yang sangat mengganggu pasien. Penyebabnya biasanya lebih dari satu macam. Mual dapat terjadi terus menerus atau intermiten. Muntah sering

disertai dengan mual, kecuali pada obstruksi gastrointestinal atau peningkatan tekanan intracranial. Tata laksana mual dan muntah harus disesuaikan dengan penyebabnya.

Patofisiologi muntah dan cara kerja obat antiemetik:



Hiperasiditas menyebabkan mual, rasa pahit dan nyeri lambung. Bila sesudah muntah keluhan masih ada, berikan *proton pump inhibitor* seperti omeprazole 20 mg atau ranitidine 300 mg PO.

Mual akibat iritasi mukosa karena pemberian NSAID: omeprazole 20 mg PO

Mual akibat kemoterapi atau radiasi: 5-HT₃ –reseptor antagonis: ondansetron 4 mg 1-2x/hari

Plus dexamethasone 4 mg pagi hari

KONSTIPASI

Terdapat berbagai penyebab konstipasi pada pasien dengan penyakit stadium lanjut sbb:

- Diet rendah serat, kekurangan cairan
- Imobilitas

- Tidak segera ke toilet pada saat rasa bab muncul
- Obat: opioid, anti-cholinergic, antacid yang mengandung alumunium, zat besi, antispasmodic, antipsikotik/anxiolitik
- Obstruksi saluran cerna: faeces, tumor, perlengketan
- Gangguan metabolisme: hiperkalsemia
- Gangguan saraf gastrointestinal, neuropati saraf otonom

Tata laksana:

Atasidasi penyebab :

- Anjurkan makanan tinggi serat dan tingkatan jumlah cairan
- Anjurkan pasien untuk banyak bergerak bila mungkin
- Berikan respon yang cepat bila pasien ingin buang air besar
- Hentikan atau kurangi obat yang menyebabkan konstipasi
- Koreksi hiperkalsemia
- Atasi obstruksi bila mungkin
- Gunakan penyangga kaki untuk meningkatkan kekuatan otot abdomen

Medikamentosa :

Obat untuk mencegah konstipasi harus diberikan pada pasien yang mendapat opioid. Gunakan laksatif yang mengandung pelembut faeces dan stimulant peristaltik.

Bila konstipasi telah terjadi: bisacodyl 10 mg dan glyserin supositoria. Jangan berikan laxative stimulant pada obstruksi.

Gunakan laksatif pelembut feses atau osmotik pada obstruksi partial.

Jika pemberian laksatif gagal, lakukan Rectal Touch :

- Jika feses encer: berikan 2 tablet bisacodyl atau microlax
- Jika feses keras, berikan 2 gliserin supositoria
- Jika rectum kosong, lakukan foto abdomen

DIARE

Penyebab diare ada beberapa macam. Diantaranya adalah adanya infeksi, malabsorpsi, obstruksi partial, karsinoma kolorektal, kompresi tulang belakang, penggunaan antibiotik, kemoterapi atau radiasi, dan kecemasan.

Tata laksana diare sesuai dengan penyebabnya. .

Pada malabsorpsi, pemberian enzim pancreas akan bermanfaat.

Lakukan perawatan kulit dengan zinc oxide

OBSTRUKSI GASTROINTESTINAL

Obstruksi gastrointestinal adalah hal yang sulit pada pasien paliatif. Penyebabnya dapat mekanik atau paralitik. Penyumbatan bisa terjadi baik intraluminal atau ekstraluminal akibat inflamasi atau metastase. Obstruksi dapat terjadi beberapa tempat pada pasien dengan keterlibatan bagian peritoneal. Obat yang diberikan dapat memperparah konstipasi. Penyebab lain adalah fibrosis akibat radiasi dan gangguan saraf otonom.

Gambaran klinis obstruksi saluran cerna:

	Obstruksi rendah	Obstruksi tinggi
Nyeri perut	++	+
Pembengkakan perut	++	+
Frekuensi muntah	+	++
Volume muntah	++	+
Bahan muntah	Bisa disertai Feses	Makanan yang belum dicerna
Jenis muntah	Disertai mual	Tiba tiba setelah makan/minum mual minimal/-
Kemampuan untuk minum	+ walaupun pada obstruksi total	Cepat kenyang/penuh
Gambaran foto abdomen	Gambaran gas dan cairan ++	+
Gambaran laboratorium	Gangguan cairan dan elektrolit +	++

Tata laksana:

Atasai dasar penyebab :

- Obstruksi tunggal pada pasien tanpa asites dan karsinomatosis yang luas bisa dipertimbangkan untuk operasi

Medikamentosa :

- Ditujukan untuk mengurangi mual, muntah dan nyeri
- Bila terjadi kolik, gunakan obat untuk mengurangi sekresi dan antispasmodik seperti hyosine butylbromide
- Obat laksatif yang merangsang peristaltik dan obat prokinetik harus dihentikan
- Laksatif pelembut feses diberikan pada obstruksi parsial

- 1/3 pasien mengalami perbaikan dengan sendirinya, tunggu 7 – 10 hari
- Bila tidak ada perubahan, berikan dexametason 10 mg SK atau methylprednisolon 40 mg IV dalam 1 jam.
- Bila hyoscine butylbromide gagal menghentikan muntah, berikan octreotide untuk mengurangi distensi, muntah dan nyeri.
- Ranitidin 300 mg 2x/hari mengurangi sekresi lambung
- Haloperidol 0,5 – 2,5 mg PO/SC 2x/hari untuk mengurangi muntah
- 5HT-receptor antagonis diperlukan karena tekanan intraluminal akan menghasilkan 5HT dan merangsang muntah

Non Medikamentosa:

- Kurangi cairan parenteral untuk menurunkan sekresi intraluminal yang menyebabkan muntah dan distensi.
- Cairan oral untuk obstruksi atas 500ml/24 jam, sedang untuk obstruksi bawah 1000ml/24jam.

GANGGUAN FUNGSI HATI AN ENCEFALOPATI

Gangguan fungsi hati berat yang menuju ke gagal hati dapat terjadi pada pasien dengan metastase hati atau obstruksi saluran empedu. Namun dapat juga terjadi karena obat, radiasi, infeksi virus, sumbatan vena hepatis akibat trombosis. Keadaan yang dapat memacu ensefalopati adalah kenaikan produksi ammonia, hipovolemia, gangguan metabolisme, obat yang menekan SSP, kelebihan protein, pemberian diuretik, infeksi, perdarahan, uremia.

Gejala gagal fungsi hati meliputi kenaikan enzim hati, ikterik, asites, gatal, penurunan albumin, peningkatan INR dan ensefalopati. Konsentrasi albumin dan INR menggambarkan kapasitas metabolik. Pada gangguan fungsi hati berat turunkan dosis obat sampai 50%.

Tata laksana: Bila keadaan ini terjadi pada stadium terminal, prinsipnya adalah kenyamanan pasien. Pada ensefalopati hentikan obat-obat yang memacu timbulnya gejala ensefalopati, batasi diet protein dan lactulose 30mg/8 jam untuk menurunkan produksi ammonia. Halusinasi dan psikosis obati dengan haloperidol dan chlorpromazine. Pada pasien terminal penggunaan obat yang menekan SSP tidak menjadi kontraindikasi.

ASITES KEGANASAN 1

Bentuk asites transudatif atau eksudatif dapat terjadi pada pasien kanker. Penanganan kedua bentuk asites berupa paracentesis abdomen, bila menyebabkan rasa tidak nyaman atau

mengganggu gerakan diafragma. Parasintesis dilakukan perlahan-lahan selama beberapa jam untuk menghindari gangguan volume pada sirkulasi darah. Pada dasarnya volume cairan yang dikeluarkan hanya sebatas menghilangkan rasa tidak nyaman agar tidak terlalu banyak protein yang hilang. Prosedur ini mungkin perlu dilakukan berulang kali, karena biasanya cepat terjadi akumulasi lagi.

Diuretik dapat mengurangi asites, terutama jika terjadi hipoproteinemia atau gagal jantung stadium lanjut. Obat yang digunakan adalah:

1. Spironolacton 25 mg – 450 mg PO dalam dosis terbagi
2. Furosemide 40mg - 80 mg PO

Awasi gangguan elektrolit yang bisa muncul karena penggunaan diuretik dan koreksi bila perlu

c. Gangguan sistem pernapasan

Gangguan pernafasan merupakan salah satu keluhan yang sangat mengganggu pasien dan keluarganya. Prinsip penanganannya seperti keluhan yang lain, yaitu mengatasi penyebabnya bila mungkin dan simtomatis untuk memberikan kenyamanan pasien dan mengurangi kecemasan keluarga.

a. Sesak nafas

Sesak nafas merupakan gejala yang menakutkan pasien, karena dihubungkan dengan waktu kematian yang sudah dekat. Sesak nafas dapat merupakan gejala kronis seiring dengan progresifitas penyakit, namun bisa juga merupakan gejala akut.

Sesak nafas akut merupakan gejala yang biasanya lebih dapat diatasi dibanding dengan sesak nafas yang terjadi secara kronis. Menentukan faktor yang bersifat *reversible* sangat bermanfaat dalam penanganan sesak nafas.

Penilaian sesak nafas terhadap pasien melalui anamnesa meliputi:

- Tingkat beratnya sesak nafas: ringan, sedang, berat
- Akut atau kronik
- Frekwensi sesak nafas
- Kualitas sesak nafas: kesulitan inspirasi/ ekspirasi
- Faktor yang memperberat atau memperingan

Selain itu, perlu diketahui pengertian pasien terhadap gejala ini, efek yang timbul akibat sesak nafas nafas dan beratnya efek tersebut dan dampaknya terhadap fungsi tubuh.

Kelainan yang mendasari mungkin dapat diketahui melalui hal hal di bawah ini:

- a. Riwayat penyakit dahulu dan sekarang (penyakit paru atau jantung, kelemahan muskuler akibat kaheksia atau penyakit motor neuron, metastase paru)
- b. Pemeriksaan fisik: bronkokonstriksi, efusi plesura, gagal jantung atau gangguan diafragma
- c. Pemeriksaan lain: foto toraks, saturasi oksigen dan analisis gas darah
- d. Respon terhadap pengobatan yang diberikan.

Karena penyebabnya sering multifaktorial, kadang sulit diatasi. Sesak nafas bisa diakibatkan oleh:

- Obstruksi jalan nafas: tumor yang menyebabkan obstruksi intrinsik atau ekstrinsik, kelumpuhan laring, striktur akibat radiasi
- Penurunan volume paru: efusi pleura, pneumotoraks, tumor, paru yang kolaps, infeksi, asites
- Kekakuan paru: edema paru, fibrosis, limfangitis karsinomatosis
- Penurunan pertukaran gas: edema paru, fibrosis, limfangitis karsinomatosis, emboli, trombus, gangguan sirkulasi paru
- Nyeri: pleuritik, infiltrasi dinding dada, fraktur costa atau vertebra
- Gangguan neuromuskuler: paraplegia, kelumpuhan nervus frenikus, kaheksia, paraneuroplastik sindrom
- Gagal jantung kiri
- Ventilasi yang meningkat: cemas, anemia, masidosis metabolik

Tata laksana:

Atasi Penyebab :

- kanker: radiasi, kemoterapi
- Efusi pleura: pungsi, pleurodosis
- Penyempitan bronkus:stent
- Anemia: transfusi
- Penyakit penyerta: jantung atau kelainan paru
- Infeksi: antibiotik

Non Medikamentosa:

- Dukungan psikososial: bahas tentang kecemasan dan ketakutan dengan mendengarkan secara aktif, pemberian penjelasan dan yakinkan.
- Atur posisi nyaman
- Ajarkan cara menggunakan dan menyimpan energi
- Fisioterapi: cara bernafas

- Relaksi: terapi musik, aromaterapi
- Aliran udara segar: buka jendela, fan

Medikamentosa:

- Opioid: morfin menurunkan sensasi sesak nafas tanpa menyebabkan depresi pernafasan. Untuk pasien naïf opioid, berikan IR morfin 2.5 – 5 mg PO atau morfin 1 – 2.5 mg SK. Jika berlanjut SR 10 mg/24 jam secara teratur.
Pada pasien yang telah mendapat morfin sebelumnya, berikan dosis 1/12 -1/6 dosis dasar. Bila berlanjut, naikan dosisi dasar 30 – 50%.
- Oksigen: bila terjadi hipoksia
- Cemas dan panik: Alprazolam 0,125 PO 2x sehari atau klonazepam 0,25 PO 2x/hari atau diazepam 2 mg PO, 2x sehari. Bila tidak berhasil: midazolam 2.5 mg SC
- Nebulizer: gunakan saline
- Bronkodilator: salbutamol bila terjadi obstruksi
- Kortikosteroid: pada limfangitis karsinomatosa, obstruksi bronkus atau pneumonitis radiasi
- Diuretik: Gagal Jantung Kongestif dan edema paru
- Antikolinergik: untuk sekresi yang berlebihan.

HARAPAN HIDUP Intervensi	_ Beberapa tahun	Beberapa bulan – 1 th	Beberapa minggu – 1 bulan	Beberapa beberapa
Obati penyebab Simptomatik	Radiasi/kemoterapi	+	-	-
	Torakosintesis/pleurodesis/pungsi pleura dengan kateter	+	-	-
	Terapi bronkoskopi	+	-	-
	Bronkodilator, diuretik, steroid, antibiotik, transfusi	+	-	-
		+	+	+
	O2 bila hipoksia			
	Benzodiazepin mulai dengan lorazepam 0,5 mg tiap 4 jam	+	+	+
		+	+	+
	Opioid (pada opioid naïve: 2,5 mg PO tiap 4	+	+	+

	jam) Non Medikamentosa Pendidikan, dukungna emosional, psikososial	+	+	+
				Kurangi yang berle Scopolam mg sk/4 ja Atropin : mata SL /4 Hindari ve Batasi cair Berikan d diuretik

BATUK

Penyebab batuk yang terbanyak pada pasien paliatif adalah:

- Penyakit penyerta: asma Bronkial, infeksi, COPD, CHF
- Kanker paru atau metastase paru,
- Efusi pleura
- Aspirasi, gangguan menelan
- Limfangitis karsinomatosis
- Gangguan saraf laring dan Sindrom Vena Cava Superior

Medikamentosa :

Batuk dengan sputum: nebulizer salin, bronkodilator, fisioterapi

Batuk kering: codein atau morfin

Oksigen rendah untuk batuk karena emfisema

Cortikosteroid: untuk batuk karena tumor endobronkial, limfangitis, pneumonitis akibat radiasi

CEKUKAN (HICCUPS)

Penyebab antara lain:

- Distensi gaster
- Iritasi diafragma
- Iritasi nervus vagus atau nervus frenikus
- Gangguan metabolic: uremia, gangguan fungsi hati

Tata laksana:

Atasi Dasar Penyebab:

- Distensi abdomen: metochlopromide jika tidak ada kontraindikasi

Non Medikamentosa:

- Stimulasi faring dengan air dingin

Medikamentosa:

- Haloperidol 0,5 mg – 5 mg/hari
- Baclofen 3x 5mg, dosis sesuaikan pada gangguan ginjal
- kortikosteroid

BATUK DARAH (HAEMOPTYSIS)

Penyebab batuk darah pada pasien paliatif adalah:

- Erosi tumor
- Infeksi
- Emboli paru atau gangguan pembekuan darah

Tata laksana:

- Atasi penyebab bila memungkinkan
- Perdarahan ringan yang terlihat pada sputum tidak memerlukan tindakan spesifik
- Bila perdarahan berlanjut: asam transeksamat min 3 x 1gr – 1.5 g/hari, pertimbangkan radiasi.
- Pada perdarahan massif, tindakan invasive tidak layak dilakukan. Berikan midazolam 2,5 mg- 10 mg SK untuk mengurangi kecemasan dan rasa takut.
- Gunakan kain/handuk berwarna gelap untuk menampung darah yang keluar agar pasien/keluarga tidak takut

FATIK

Kelemahan umum dan cepat lelah adalah keluhan yang banyak dijumpai pada pasien paliatif. Hal ini sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Bagi keluarga, timbulnya keluhan ini sering diinterpretasikan bahwa pasien menyerah.

Penyebab fatik bermacam macam, seperti gangguan elektrolit, gangguan tidur, dehidrasi, anemia, malnutrisi, hipoksemia, infeksi, gangguan metabolisme, penggunaan obat dan modalitas pengobatan lain seperti kemoterapi atau radiasi, ko morbiditas, progresifitas penyakit dan gangguan emosi.

Tata laksana:

- Koreksi yang dapat dikoreksi: gangguan tidur, gangguan elektrolit, dehidrasi, anemia, infeksi

- Review penggunaan obat
- Non medikamentosa : Olahraga, fisioterapi dan okupasional terapi akan menambah kebugaran, meningkatkan kualitas tidur, memperbaiki emosi dan kualitas hidup.
- Medikamentosa : dexametason 2 mg pagi hari. Bila dalam 5 hari tidak menunjukkan perbaikan, hentikan.

d. Gangguan kulit

PRURITUS

Gatal adalah keluhan yang mengganggu. Tidak semua gatal berhubungan dengan pelepasan histamin. Gatal akibat uremia atau kolestasis karena adanya memiliki jalur melalui reseptor opioid. Serotonin dan prostaglandin mungkin juga terlibat.

Penyebab:

- Gangguan fungsi hati dan ginjal
- Alergi obat/makanan
- Obat: opioid atau vasodilator
- Penyakit endokrin
- Kekurangan zat besi
- Limfoma
- Rangsangan sensoris: baju yang kasar
- Parasit
- Faktor psikologi

Tata laksana:

- Atasi penyebabnya
- Hentikan obat penyebab seperti rifampicin, benzodiazepin
- Gunakan pelembab kulit
- Jangan gunakan sabun mandi
- Jaga kelembaban ruangan
- Obat: antihistamin klorfeniramin 4 mg, cholesteramin 4 – 8 mg/hari,

KERINGAT BERLEBIHAN (HYPERHYDROSIS)

Keringat berlebihan disebabkan oleh berbagai macam hal seperti udara yang panas, gangguan emosi (keringat di axial, telapak tangan atau kaki), lymphoma, metastase hati, dan karsinoid (keringat malam), infeksi dan obat-obatan.

Penatalaksanaan:

- Hilangkan penyebabnya.
- Medikamentosa : NSAID: diclofenac bekerja melalui prostaglandin di hypothalamus
Cimetidin 400mg – 800mg malam hari bekerja melalui reseptor histamine di kulit
Deksametason
Parasetamol untuk keringat malam

DEKUBITUS

Kerusakan kulit banyak dijumpai pada pasien stadium lanjut akibat iskemia yang disebabkan hal hal seperti : tekanan, gesekan, perawatan yang tidak benar, urin atau feses atau infeksi. Jaringan yang rapuh disebabkan oleh penurunan berat badan, ketuaan, malnutrisi, anemia, edema, kortikosteroid, kemoterapi, radiasi. Imobilitas dan gangguan sensori juga menyebabkan kerusakan kulit yang lebih mudah.

Tingkatan dekubitus:

- Tingkat 1 kulit intak, eritema, pembengkakan/ indurasi jaringan lunak
- Tingkat 2 kulit pecah, ulserasi dangkal sampai ke lapisan epidermis/dermis
- Tingkat 3 ulserasi sampai ke jaringan ke subkutan, terdapat jaringan nekrotik
- Tingkat 4 ulserasi sampai ke fascia, otot atau tulang

Pencegahan:

- Identifikasi pasien dengan resiko tinggi
- Jaga kebersihan kulit dan kulit harus kering
- Hindari trauma: bila mengeringkan kulit jangan dengan cara digosok, hindari memijat dengan keras, menggeser pasien, pakaian basah, kontaminasi feses atau urin, pakaian atau alas tidur yang kasar, kelebihan cahaya, sabun yang keras dan mengosok dengan alkohol
- Gantikan posisi badan dan gunakan kasur anti dekubitus
- Perhatikan pemakaian obat: kortikosteroid, sedasif, analgesik

Tata laksana

- Bersihkan dengan larutan salin
- Debridement: enzyme, larutan hidrofilik
- Memacu tumbuhnya jaringan (superficial: membran semipermeabel, dalam: larutan hidrokoloid impermeabel)
- Antibiotik sistemik bila ada infeksi
- Analgetik bila terdapat nyeri
- Menghilangkan bau: metronidazole.

LUKA KANKER

Luka kanker banyak dijumpai pada kanker payudara, dan kanker pada kepala –leher

Tata laksana :

- Antikanker: radioterapi radiasi paliatif sangat bermanfaat untuk mengurangi gejala yang ada
- Terapi topikal: Dressing secara teratur dan sering sangat diperlukan untuk menjaga kebersihan, tetap kering dan bebas infeksi. Rendam dengan air hangat atau waktu mandi. Pada luka bersih gunakan saline. Pada jaringan mati gunakan campuran hidrogen peroksida dan salin atau larutan enzim. Pada luka infeksi gunakan antiseptik. Hentikan perdarahan dengan alginate atau dengan adrenalin yang diencerkan. Pada luka yang berbau berikan metronidazole 400 mg/ 8 jam PO.

LIMFEDEMA

Resiko untuk terjadinya limfedema meningkat pada pasien dengan operasi di daerah aksilla atau inguinal, infeksi paska operasi, radioterapi dan metastase di kelenjar getah bening di aksial, inguinal, pelvis dan retroperitoneal.

Gejala klinis limfedema meliputi rasa berat, menekan, seperti pecah, nyeri karena proses inflamasi, pleksopati dan peregangan. Gangguan fungsi yang ditimbulkan dan perubahan *body image* serta pemakaian baju dan sepatu dapat menyebabkan gangguan psikologis yang perlu diperhatikan.

Tata laksana meliputi:

- Perawatan kulit: kelembaban kulit perlu dijaga agar tidak mudah pecah dan infeksi. Kulit harus kering, terutama perhatikan bagian lipatan. Penggunaan lanolin dan krim yang mengandung parfum harus dihindari untuk mencegah dermatitis kontak.
- Positioning: letakkan bagian yang mengalami limfedema pada posisi horisontal dengan memberikan bantalan agar nyaman.
- Gunakan bandage dengan tekanan ringan
- Anjurkan untuk melakukan latihan ringan. Bila latihan aktif tidak memungkinkan, latihan pasif akan bermanfaat.
- Massage dan penggunaan Kompresi Pneumatik konsultasikan dengan bagian rehabilitasi medik
- Pengobatan terhadap infeksi dengan antibiotic. Bila ada infeksi jamur harus diobati secara adekuat
- Obat untuk mengurangi gejala:

Analgetika seperti parasetamol, NSAID atau opioid sesuai penilaian.

Kortikosteroid: dexametazone 4 – 8 mg o.d selama 1 minggu. Bila bermanfaat, lanjutkan 2 – 4 mg/ hari.

Diuretik hanya bermanfaat jika ada gangguan jantung dan vena Mulai dengan furosemid 20 – 40 mg sekali sehari

e. Gangguan sistem saluran kemih

HEMATURIA

Penyebab hematuria pada pasien dengan kanker adalah :

- Infeksi sistitis, prostatitis, uretritis, septikemia
- Malignansi tumor primer atau sekunder
- Iatrogenic nefrostomi, pemasangan stent, atau kateter, emboli
- Gangguan hemostasis
- Penyakit ginjal
- Urolitiasis

Penatalaksanaan sesuai penyebab yang ada. Jika perdarahan ringan, intervensi khusus sering tidak diperlukan. Pada perdarahan berat, kateter khusus diperlukan untuk mengeluarkan bekuan darah. Pencucian vesika urinaria dilakukan secara kontinu.

FREKWENSI/URGENCY

Penyebab frekuensi adalah poliuri, inflamasi, kapasitas vesika urinaria yang menurun, hiperaktivitas detrusor dan obstruksi traktus urinarius bawah. Volume yang berlebihan atau vesika urinaria yang tidak normal menyebabkan urgensi.

Tata laksana:

- Antikolinergik: oxybutynin 2.5 – 5 mg oral/ 6-8 jam
Hyoscine butylbromide 30 – 180 mg/24 jam infus SC
- Phenazopyridin (efek anestesi lokal): 100 – 200 mg PO/ 8 jam

INKONTINENSIA URIN

Inkontinensia urin banyak terjadi pada pasien stadium lanjut yang menyebabkan iritasi serius pada kulit dan perineum.

Penyebab:

Overflow inkontinensia

Obstruksi Vesika Urinaria akibat infiltrasi sel kanker, hipertropi prostat, *faecal impaction*, striktura, Gangguan detrusor efek samping antikolinergik, gangguan saraf spinal, *somnolence*, bingung, demensia, kelemahan umum

Stress inkontinensia

Insufisiensi sphincter gangguan saraf spinal atau sacral, infiltrasi kanker, Operasi, menopause, multipara

Urge inkontinensia

Hiperaktifitas detrusor poliuria, infeksi, inflamasi, infiltrasi, radiasi, kemoterapi Ganggua SSP atau saraf spinal, dan kecemasan

Continues inkontinensia

Fistula infiltrasi, operasi, radiasi

Tata laksana:

- Atasi penyebab
- Cara umum Mempermudah akses ke toilet
 - Bantu untuk dapat menggunakan fasilitas yang ada
 - Buang Air Kecil secara teratur
 - Hindari cairan yang berlebihan
 - Evaluasi obat yang digunakan
 - Kateterisasi
 - Perawatan kulit
- Obat
 - penghambat alfa: prazosin 0,5 – 1 mg PO/12 jam
 - Kolinergik: bethanecol 5 – 30 mg PO/ 6 jam
 - Adrenegik: ephedrine 25 – 50 mg PO/8 jam
 - Antidepresant

f. Gangguan hematologi

ANEMIA

Anemia Penyakit Kronis (Anaemia Chronic Disorder) disebabkan oleh supresi produksi eritropuitin dan eritropoisis yang diatur interleukin-1. Selain itu, produksi transferin yang terganggu menyebabkan kemampuan untuk menyimpan zat besi dan kemampuan hidup sel darah merah menjadi lebih pendek.

Perbedaan anemia penyakit kronis dan anemia defisiensi besi

Laboratorium	Normal	Defisiensi besi	ACD
Gambaran darah tepi	Normositik- normokromik	Mikrositik hipokromik Meningkat/ normal tinggi	Normositik normokromik /hipokromik
TIBC (mcmmol/L)	45 – 75	Rendah/ sangat rendah	Rendah/nor mal rendah
Plasma Iron (mcmmol/L)	14 – 31	Rendah	Rendah
Plasma feritin (microg/L)	17 – 230		Meningkat/n ormal tinggi

Tata laksana

- Obati pasien bukan hasil laboratoriumnya. Lemah dan cepat lelah bisa dikarenakan oleh anemia atau kankernya sendiri. Transfusi darah dianjurkan pada pasien dengan kelemahan dan cepat lelah bila terdapat anemia. Sebagai alternatif, gunakan epoetin 150-300 IU/kg SC 3x seminggu. Pasien dengan cadangan bone marrow yang adekuat (neutrofil $>1,5 \times 10^9$ dan platelet > 100.00) akan memberi respon yang baik, dengan kenaikan $>1\text{g/dl}$ dalam 4 minggu.

PERDARAHAN

Perdarahan terjadi pada 20% pasien kanker stadium lanjut dan menyebabkan kematian pada 5% pasien. Perdarahan internal lebih sering terjadi. Hematom yang banyak dan perdarahan pada gusi dan hidung serta perdarahan gastrointestinal menunjukkan lebih kepada gangguan platelet sedang perdarahan pada persendian atau otot lebih mengarah kepada defisiensi salah satu faktor pembekuan. Pada pasien kanker, dapat terjadi kenaikan Prothrombin Time dan APTT akibat gangguan fungsi hati berat, defisiensi vit K dan koagulasi intravaskular diseminata .

Trombositopenia

Trombosit 10.000 – 20.000 sangat jarang menyebabkan perdarahan massif (0.1%/hari). Sedang di bawah 10.000 risikonya meningkat menjadi 2%/hari. Sebagian besar perdarahan masif terjadi pada trombosit di bawah 5.000. Sedang resiko untuk terjadi perdarahan intrakranial adalah bila trombosit kurang dari 1000.

Trombositopenia juga dapat disebabkan oleh penggunaan heparin (Heparin Induced Trombositopenia) bisa terjadi kurang dari 4 hari setelah pemakaian heparin, namun biasanya antara 5 – 8 hari. Dianjurkan untuk menghentikan heparinisasi.

Bila trombosit kurang dari 5000, transfusi trombosit dapat dilakukan bila keadaan pasien memungkinkan. Konsultasikan dengan dokter hematologist/internist bila pemberian trombosit direncanakan.

TROMBOSIS VENA DALAM (DVT)

Kanker menyebabkan berlebihnya pembentukan tissue factor (TF) dan menyebabkan hiperkoagulasi. DVT banyak ditemukan pada pasien kanker paru, payudara, gastrointestinal, terutama pankreas dan SSP.

DVT sering tidak menimbulkan gejala pembengkakan dan nyeri. Kadang menyerupai limfoedema atau penekanan vena besar. Pada pasien yang kondisinya memungkinkan, USG Doppler perlu dilakukan untuk mendiagnosa DVT.

Tata laksana:

- NSAID
- Kompresi dengan stocking
- Pada DVT di tungkai bawah: Posisi tungkai lebih tinggi
- Antikoagulan:

Pada pasien dengan resiko perdarahan tinggi seperti renal cell karsinoma dan melanoma, pemberian antikoagulan adalah kontraindikasi. Konsultasi dengan hematologist/internist diperlukan untuk pemberian antikoagulan.

g. Gangguan sistem saraf

KEJANG

Kejang dapat terjadi karena tumor primer atau metastase otak, perdarahan, obat yang merangsang kejang atau penghentian benzodiazepine, gangguan metabolisme (hiponatremia, uremia, hiperbilirubinemia) atau infeksi. Kejang pada pasien stadium terminal dapat juga karena penyakit yang sudah ada sebelumnya.

Pada kejang yang bukan karena penyakit lama, gunakan:

Clonazepam 0.5 – 1 mg sublingual atau diazepam 5 – 10 mg PR atau midazolam 2.5 – 5 mg SC.

Jika belum berhenti, berikan:

Phenobarbital 100 mg SC atau Phenytoin 15 – 20 mg/kg IV lambat, maksimum 50 mg/menit.

Myoclonus adalah kejang yang tiba tiba, sebentar. Dapat terjadi secara fokal, regional atau multifokal, unilateral atau bilateral.

Gunakan diazepam 5mg PR lanjutkan 5 – 10 mg PR o.n atau midazolam 5mg SC kalau perlu.

DISTONIA DAN AKATISIA AKUT

Distonia terjadi secara akut beberapa hari setelah pemakaian obat. Bila karena metochlpromid, gantikan dengan domperidon dan berikan benztropin 1 – 2mg IV. Ulang setelah 30 menit bila perlu. Dapat juga digunakan diphenhidramin 20 -50 mg IV diikuti 25 – 50 mg 2 – 4x/ hari

Penggunaan neuroleptik seperti haloperidol dan prochlorperazin dapat memberikan efek samping akatisia. Hentikan penyebabnya bila mungkin. Gunakan obat seperti distonia atau ditambah diazepam 5 mg bila memberikan respon parsial.

KOMPRESI SUMSUM TULANG BELAKANG

Adalah merupakan keadaan kegawat darurat yang memerlukan management yang adekuat. Terjadi pada 5% pasien kanker stadium lanjut. Penyebabnya antara lain penjaran sel kanker dari vertebra ke epidural, intradural metastase atau vertebra yang kolaps. Terbanyak terjadi pada vertebra torakalis, diikuti vertebra lumbalis dan servikalis. Nyeri, kelemahan ekstremitas bawah, gangguan sensori dan kehilangan kontrol otot sfingter adalah gejala kompresi tulang belakang.

Tata laksana:

- Dexametasone 16 mg/ hari dalam beberapa hari kemudian tapering off
- Radioterapi
- Dekompresi bila memungkinkan.

h. Gangguan psikiatri

DELIRIUM

Delirium adalah kondisi bingung yang terjadi secara akut dan perubahan kesadaran yang muncul dengan perilaku yang fluktuatif. Gangguan kemampuan kognitif mungkin merupakan gejala awal dari delirium. Delirium sangat mengganggu keluarga karena adanya disorientasi, penurunan perhatian dan konsentrasi, tingkah laku dan kemampuan berfikir yang tidak terorganisir, ingatan yang terganggu dan kadang muncul halusinasi. Kadang muncul dalam bentuk hiperaktif atau hipoaktif dan perubahan motorik seperti mioklonus.

Penyebab delirium bermacam macam, seperti:

- Gangguan biokimia: hiperkalsemia, hiponatremia, hipoglikemia, dehidrasi
- Obat: opioid, kortikosteroid, sedative, antikolinergik, benzodiazepin
- Infeksi
- Gangguan fungsi organ: gagal ginjal, gagal hati
- Anemia, hipoksia

- Gangguan SSP: tomor, perdarahan

Catatan:

Pada pasien dengan fase terminal, sering agitasi diartikan sebagai tanda nyeri, sehingga dosis opioid ditingkatkan, sehingga bisa menyebabkan delirium. Dalam hal ini mungkin cara pemberian opioid perlu dirubah.

Precipitator: nyeri, fatik, retensi urin, konstipasi, perubahan lingkungan dan stimuli yang berlebihan.

Tata laksana:

- Koreksi penyebab yang dapat segera diatasi : penyebab yang mendasari atau pencetusnya
- Non Medikamentosa :
Pastikan berada di tempat yang tenang, dan pasien merasa aman, nyaman dan familier
Singkirkan barang yang dapat membahayakan.
Jangan sering mengganti petugas
Hadirkan keluarga, dan barang-barang yang dikenal
Dukungan emosional
- Medikamentosa :
Haloperidol 0,5 mg- 2,5 mg PO/6 jam atau 0,5-1 mg SK/6 jam, namun bisa diberikan setiap 30-60 menit dengan dosis maksimal 20 mg/hari.
Pada pasien yang tidak dapat diberikan haloperidol karena efek samping
Risperidone 0.5 mg- 2 mg Oral/hari dalam dosis terbagi
Olanzapine 2.5 mg – 10 mg Oral/hari dalam dosis terbagi
Benzodiazepine bila penyebabnya ensefalopati hepatic , HIV
Loرازepam 0,5 – 1 mg sublingual, tiap 1 – 3 jam atau
Midazolam 2,5 – 5 mg SK tiap 1 – 3 jam.

DEPRESI

Harus dibedakan antara depresi dan sedih. Sedih adalah reaksi normal pada saat seseorang kehilangan sesuatu. Lebih sulit mendiagnosa depresi. Kadang diekspresikan sebagai gangguan somatik. Kadang bercampur dengan kecemasan. Kemampuan bersosialisasi sering menutupi adanya depresi. Depresi adalah penyebab penderitaan yang reversibel.

Gejala psikologis pada depresi mayor`adalah:

- Rasa tidak ada harapan/putus asa
- Anhedonia

- Rasa bersalah dan malu
- Rendah diri dan tak berguna
- Ide untuk bunuh diri yang terus menerus
- Ambang nyeri menurun
- Perhatian dan konsentrasi menurun
- Gangguan memori dan kognitif
- Pikiran negatif
- Perasaan yang tidak realistis

Tata laksana

- Depresi ringan dan sedang: dukungan, empati, penjelasan, terapi kognitif, simptomatis
- Depresi berat:

Terapi suportif

Obat: SSRI selama 4 – 6 minggu. Bila gagal berikan TCA

Psikostimulan: methylphenidate 5 – 20 mg pagi hari

KECEMASAN

Cemas dan takut banyak dijumpai pada pasien stadium lanjut. Cemas dapat muncul sebagai respon normal terhadap keadaan yang dialami. Mungkin gejala dari kondisi medis, efek samping obat seperti bronkodilator, steroid atau metilfenidat atau reaksi fobia dari kejadian yang tidak menyenangkan seperti kemoterapi.

Kecemasan pada pasien terminal biasanya kecemasan terhadap terpisahnya dari orang yang dicintai, rumah, pekerjaan, cemas karena ketidakpastian, menjadi beban keluarga, kehilangan kontrol terhadap keadaan fisik, gagal menyelesaikan tugas, gejala fisik yang tidak tertangani dengan baik, karena ditinggalkan, tidak tahu bagaimana kematian akan terjadi, dan hal yang berhubungan dengan spiritual.

Cemas ditandai oleh perasaan takut atau ketakutan yang sangat dan dapat muncul dengan bentuk gejala fisik seperti palpitasi, mual, pusing, perasaan sesak nafas, tremor, berkeringat atau diare.

Tata laksana:

NonMedikamentosa :

- Dukungan termasuk mencari dan mengerti kebutuhan dan apa yang menjadi keemasannya dengan mendengarkan dengan seksama dan memberikan perhatian pada hal-hal yang khusus.

- Memberikan informasi yang jelas dan meyakinkan bahwa akan terus memberikan dukungan untuk mencapai harapan yang realistik.
- Intervensi psikologi: distraksi untuk menghilangkan kejenuhan dan pikiran yang terpusat pada diri sendiri
- Perawatan spiritual

Medikamentosa:

- Benzodiazepin: diazepam, alprazolam, lorazepam
- Penghambat Beta untuk mengatasi gejala perifer

DUKUNGAN SOSIAL

Harapan hidup Intervensi	Beberapa minggu sampai beberapa tahun	Beberapa hari sampai beberapa minggu
Membantu tersedianya	• caregiver • lingkungan yang aman • transportasi • pendidikan bagi caregiver • dukungan bagi keluarga • conseling, support group	+ + - + tentang proses kematian + + +
Melakukan assessment	• finansial • Respite	• pengertian terhadap proses kematian
Melakukan diskusi dan dukungan	• resiko bereavement	• yang berhubungan dengan kematian
Mempersiapkan	• personal, kultural, spiritual yang berhubungan dengan prognosis	• Kematian pasien • Anticipatory grief • Upacara pemakaman

--	--	--

ADVANCE CARE PLANING

Harapan hidup Intervensi	Beberapa bulan sampai beberapa tahun	Beberapa minggu sampai bulan	Beberapa hari sampai beberapa hari
Assessment	• Diskusikan tentang perawatan paliatif • Perkenalkan tim paliatif • Kapasitas membuat keputusan dan kebutuhan • Gali tentang nilai hidup dan keinginan untuk melakukan perawatan di waktu yad • Memberikan informasi tentang WASIAT dan pilihan untuk tidak melakukan resusitasi • Anjurakan untuk berdiskusi dengan keluarga tentang keinginan dan harapan • Anjurkan untuk memilih orang yang dipercaya untuk mewakili dirinya bila kondisi tidak memungkinkan untuk mengambil keputusan • Bicarakan tentang donasi organ • Telusuri tentang	• Konfirmasi tentang pilihan tempat untuk meninggal • Konfirmasi tentang dokumen WASIAT termasuk: DNR, antibiotik, pemeriksaan darah, ventilator, dialisis, artificial nutrisi dan hidrasi • Pastikan semua dokumen telah diterima oleh petugas dimana ada kemungkinan sebagai tempat pasien akan menghabiskan waktunya dan meninggal • Membantu memecahkan masalah yang timbul antara keluarga dan pasien • Telusuri tentang ketakutan dan berikan dukungan	• Pastikan telah menandatangani WASIAT • LAKUKAN sesuai dengan WASIAT • Klarifikasi persetujuan Tentang WASIAT t • Diskusikan jika keluarga Anggota tim tidak Dengan WASIAT ts • Konfirmasi tentang Donor organ

	ketakutan atau kecemasan tentang kematian	emosional Diskusikan tentang keinginan donor organ	
--	---	--	--

4. Aspek psikososial, spiritual dan kultural

5. Persiapan menjelang akhir kehidupan (*Advanced directive*)

Kebutuhan fisik	Psikososial	Lain lain
Pastikan kenyamanan pasien - Perawatan kulit: jaga kelembaban, perawatan luka dan obat untuk nyeri - anticipative - Perawatan mulut - Tindakan untuk retensi urin dan faeces Tidak melakukan test untuk diagnosa, monitoring gula darah, saturasi oksigen, suctioning Tidak melakukan pemeriksaan vital sign Lakukan assessment gejala setiap 4 jam Rubah rute pemberian obat jika per oral tidak dapat dilakukan Naikkan dosis jika diperlukan untuk mencapai kenyamanan Death rattle: hypersekresi	Pastikan keluarga mengerti dan menerima WASIAT Berikan dukungan kepada keluarga untuk menghentikan TPN, transfusi, dialisis, hidrasi IV, dan obat yang tidak akan menambah kenyamanan pasien Siapkan bantuan sosial worker dan rohaniawan Berikan waktu bagi keluarga untuk selalu bersama pasien Pastikan KELUARGA TELAH DIINFORMASIKAN TENTANG TANDA TANDA KEMATIAN dan berikan pendampingan Berikan pendampingan Anticipatory bereavement Dukungan bagi anak 2 dan cucu dan beri mereka kesempatan bersama pasien Dukungan dalam melakukan ritual sesuai agama, keyakinan dan adat yang dianut	Pastikan adanya end of life policy dan lakukan sesuai dengan policy tsb Pastikan WASIAT telah didokumentasikan Pastikan DNR telah didokumentasikan dan keluarga telah menyetujuinya Berikan tempat tersendiri untuk menjaga privasi Fasilitasi untuk keluarga yang akan berjaga Berikan waktu untuk keluarga tanpa interupsi Fasilitasi untuk upacara pemakaman

salifa yang menimbulkan suara: rubah posisi, kurangi cairan, berikan atropin 1% tetes mata 1 – 2 drop secara SL Bila ada agitasi lakukan sedasi paliatif Siapkan untuk donor organ		
---	--	--

PALIATIVE SEDATION (Dilakukan oleh dokter anestesi atau dokter paliatif)

1. Pastikan agitasi dan gelisah bukan karena: cemas, takut, retensi urin, fecal impaction, drug withdrawal.
2. Pastikan bahwa pasien memiliki gejala yang tidak dapat dikontrol dengan cara tata laksana sesuai pedoman oleh tenaga ahli paliatif
3. Pastikan bahwa pasien dalam kondisi menjelang ajal (prognosis dibuat oleh sekurang kurangnya 2 dokter yang menyatakan pasien akan meninggal dalam hitungan jam atau hari)
4. Diskusikan kembali aspek etika pemberian sedasi pada pasien tsb, bahwa tujuannya bukan menghilangkan nyawa/mengakhiri kehidupan
5. Dapatkan informed consent tentang sedasi dari pasien atau keluarga
6. Jelaskan bahwa sedasi adalah memberikan obat secara suntikan yang bersifat kontinyu yang akan membawa pasien pada kondisi tidak sadar
7. Jelaskan bahwa pemberian sedasi dibarengi dengan penghentian life prolonging therapies dan tidak dilakukannya CPR

Obat yang digunakan:

1. Clonazepam 0,5 mg, SC atau IV setiap 12 jam atau 1 – 2 mg/24 jam dalam infus, titrasi
2. Midazolam 1 – 5 mg SK setiap 2 jam atau 30 mg/24 jam dalam infus, titrasi
3. Diazepam 5 – 10 mg IV atau 10 – 20 mg PR, titrasi
4. Lorazepam 1 – 2,5 mg SL setiap 2-4 jam, titrasi
5. Bila gagal: phenobarbitone 100 – 200mg SK tiap 4 – 8 jam titrasi dan berikan dalam infus 24 jam

6. Perawatan terminal

PERAWATAN PASIEN MENJELANG AJAL:

Kebutuhan fisik	Psikososial	Lain lain
Pastikan kenyamanan pasien - Perawatan kulit: jaga kelembaban, perawatan luka dan obat untuk nyeri anticipative - Perawatan mulut - Tindakan untuk retensi urin dan faeces Tidak melakukan test untuk diagnosa, monitoring gula darah, saturasi oksigen, suctioning Tidak melakukan pemeriksaan vital sign Lakukan assessment gejala setiap 4 jam Rubah rute pemberian obat jika per oral tidak dapat dilakukan Naikkan dosis jika diperlukan untuk mencapai kenyamanan Death rattle: hipersekresi saliva yang menimbulkan suara: rubah posisi, kurangi cairan, berikan atropin 1% tetes mata 1 – 2 drop secara SL Bila ada agitasi lakukan sedasi paliatif Siapkan untuk donor organ	Pastikan keluarga mengerti dan menerima WASIAT Berikan dukungan kepada keluarga untuk menghentikan TPN, transfusi, dialisis, hidrasi IV, dan obat yang tidak akan menambah kenyamanan pasien Siapkan bantuan sosial worker dan rohaniawan Berikan waktu bagi keluarga untuk selalu bersama pasien Pastikan KELUARGA TELAH DIINFORMASIKAN TENTANG TANDA TANDA KEMATIAN dan berikan pendampingan Berikan pendampingan Anticipatory bereavement Dukungan bagi anak 2 dan cucu dan beri mereka kesempatan bersama pasien Dukungan dalam melakukan ritual sesuai agama, keyakinan dan adat yang dianut	Pastikan adanya end of life policy dan lakukan sesuai dengan policy tsb Pastikan WASIAT telah didokumentasikan Pastikan DNR telah didokumentasikan dan keluarga telah menyetujuinya Berikan tempat tersendiri untuk menjaga privasi Fasilitasi untuk keluarga yang akan berjaga Berikan waktu untuk keluarga tanpa interupsi Fasilitasi untuk upacara pemakaman

PALLIATIVE SEDATION

1. Pastikan agitasi dan gelisah bukan karena: cemas, takut, retensi urin, fecal impaction, drug withdrawal.
2. Pastikan bahwa pasien memiliki gejala yang tidak dapat dikontrol dengan cara penatalaksanaan sesuai pedoman oleh tenaga ahli paliatif
3. Pastikan bahwa pasien dalam kondisi menjelang ajal (prognosis dibuat oleh sekurang kurangnya 2 dokter yang menyatakan pasien akan meninggal dalam hitungan jam atau hari)
4. Diskusikan kembali aspek etika pemberian sedasi pada pasien tsb, bahwa tujuannya bukan menghilangkan nyawa/mengakhiri kehidupan
5. Dapatkan informed consent tentang sedasi dari pasien atau keluarga
6. Jelaskan bahwa sedasi adalah memberikan obat secara suntikan yang bersifat kontinyu yang akan membawa pasien pada kondisi tidak sadar
7. Jelaskan bahwa pemberian sedasi dibarengi dengan penghentian life prolonging therapies dan tidak dilakukannya CPR

Obat yang digunakan:

- Clonazepam 0,5 mg, SC atau IV setiap 12 jam atau 1 – 2 mg/24 jam dalam infus, titrasi
- Midazolam 1 – 5 mg SK setiap 2 jam atau 30mg/24 jam dalam infus, titrasi
- Diazepam 5 – 10 mg IV atau 10 – 20 mg PR, titrasi
- Lorazepam 1 – 2,5 mg SL setiap 2-4 jam, titrasi
- Bila gagal: phenobarbitone 100 – 200mg SK tiap 4 – 8 jam titrasi dan berikan dalam infus 24 jam

8. Perawatan pada saat pasien meninggal

Kualitas meninggal:

1. Nyeri dan gejala lain terkontrol dengan baik
2. Ditempat yang diinginkan pasien, berada di tengah keluarga, sesuai dengan kultur yang dianut dan sempat membuat WASIAT
3. Hubungan sosial yang baik dan rekonsiliasi, tidak ada masalah belum selesai.
4. Secara spiritual siap: didoakan, tenang, telah dimaafkan dan memaafkan, percaya dan siap memasuki kehidupan yang akan
5. Memiliki kesempatan untuk menyampaikan selamat tinggal
6. Keluarga mendapatkan dukungan yang diperlukan

Intervensi:

1. Lepas semua alat medis yang masih terpasang
2. Perlakukan jenazah sesuai agama dan kultur yang dianut
3. Berikan waktu privat untuk keluarga

4. Persiapkan bila ada wasiat untuk donor organ
5. Siapkan Surat kematian dan dokumen lain yang diperlukan untuk pemakaman
6. Tawarkan panduan untuk proses masa duka cita yang normal
7. Dukungan masa dukacita: menyampaikan dukacita secara formal melalui lisan atau kartu
8. Siapkan atau menghadiri pertemuan keluarga setelah kematian untuk debriefing
9. Identifikasi anggota keluarga yang memiliki masalah selama masa bereavement dan berikan dukungan yang diberikan
10. Diskusikan resiko kanker dan pencegahan yang dapat dilakukan

Dukungan untuk petugas kesehatan

1. Diskusi tentang masalah pribadi yang mempengaruhi dalam memberikan perawatan bagi pasien
2. Ciptakan suasana aman dalam mendiskusikan kematian pasien
3. Beri kesempatan untuk refleksi diri dan mengenang pasien
4. Mereview melalui catatan medis masalah medis yang berhubungan dengan kematian
5. Diskusikan kualitas perawatan
6. Diskusikan respons keluarga terhadap kematian
7. Diskusikan respon petugas terhadap kematian
8. Lakukan ritual masa duka untuk petugas
9. Identifikasi petugas yang memiliki resiko terhadap masa duka cita bermasalah

9. Perawatan setelah pasien meninggal

RASA KEHILANGAN, BERDUKACITA DAN DUKUNGAN PADA MASA BERKABUNG

Berduka adalah sekumpulan emosi yang mengganggu yang diakibatkan oleh perubahan atau berakhirnya pola perilaku yang ada. Hal ini biasanya terjadi setelah seseorang kehilangan, termasuk karena kematian. Rasa kehilangan bisa mulai dialami pasien, keluarga, kerabat serta teman teman pada saat seseorang mengalami penyakit. Kehilangan dapat berupa kehilangan kesehatan, fungsi, mobilitas, potensi, harapan, mimpi dan akhirnya kehilangan kehidupan yaitu kematian. Dua puluh persen dari rasa duka yang muncul akibat kematian bersifat patologis, yaitu berupa gangguan kecemasan atau depresi yang berkepanjangan atau berlebihan. Rasa berduka dipengaruhi oleh siapa yang meninggal, kedekatan dengan yang meninggal, penyebab kematian, pribadi dan kondisi sosial.

Tahap berduka meliputi shock, tidak percaya, penyangkalan, marah, menimbang nimbang, depresi dan penerimaan. Manifestasi rasa duka bisa berupa ekspresi perasaan, distorsi kognitif, gangguan fisik dan gangguan perilaku.

Rasa duka yang patologis ditandai dengan hilangnya motivasi dan munculnya tanda-tanda depresi lain yang menetap seperti putus asa, rasa bersalah dan penyesalan yang berlebihan, serta munculnya keinginan untuk bunuh diri. Keinginan untuk bertemu yang berlebihan dengan pasien yang telah meninggal dapat merupakan tanda adanya duka patologis. Dalam hal ini, konsultasi ke psikoterapis diperlukan.

Hubungan dengan pasien yang telah meninggal dapat mempengaruhi kemampuan keluarga untuk beradaptasi terhadap kondisi yang ada. Hubungan yang baik dan dekat dapat menimbulkan rasa kehilangan, kesepian dan tidak berguna. Pada kondisi ini, pendekatan yang diperlukan adalah membantu agar merasa memiliki harga diri, percaya diri, rasa aman. Konseling pribadi atau dukungan dari support group akan bermanfaat dalam mengatasi hal tersebut. Jika hubungan dengan pasien yang telah meninggal tidak baik, masalah dapat timbul pada masa dukacita, misalnya munculnya rasa penyesalan, sedih, rasa bersalah dan depresi yang berkepanjangan. Dukungan pada kondisi seperti ini sangat diperlukan misalnya dengan mengatakan bahwa mengetahui dan dapat memahami apa yang dirasakan. Dorongan untuk dapat memaafkan dan kembali bersosialisasi melalui dukungan dari keluarga yang lain, teman atau support group diperlukan.

Tugas dari pelayanan paliatif adalah memberikan dukungan, agar rasa duka yang timbul tidak menjadi duka yang patologis. Dukungan pada masa berkabung dilakukan pada saat pasien meninggal dan pada saat pemakaman. Satu atau dua minggu setelah pemakaman, follow up kepada keluarga yang berdukacita perlu dilakukan untuk melakukan penilaian terhadap kemampuan mengatasi rasa kehilangan dan kemampuan beradaptasi terhadap situasi baru, yaitu kehidupan tanpa pasien yang telah meninggal. Follow up bisa sebaiknya dilakukan dengan kunjungan rumah, namun bila tidak memungkinkan bisa dilakukan melalui telepon.

Tujuan dukungan masa berkabung adalah:

1. Membantu agar keluarga bisa menerima kenyataan bahwa pasien telah meninggal dan tidak akan kembali
2. Membantu agar keluarga mampu beradaptasi dengan situasi dan kondisi baru
3. Membantu merubah lingkungan yang memungkinkan keluarga dapat melanjutkan hidup tanpa pasien yang meninggal
4. Membantu keluarga agar mendapatkan kembali rasa percaya diri untuk melanjutkan hidup

BAB IV

TATA LAKSANA PALIATIF PADA PASIEN KANKER ANAK

1. Komunikasi dengan anak dan orangtua

Komunikasi sangat penting dan menyangkut semua aspek yaitu melakukan komunikasi kepada anak tentang pemahaman anak akan penyakitnya, prognosis, perasaan anak dan keluarga. Prinsip penting dari komunikasi yang baik adalah memberikan informasi dan bersikap empati kepada pasien dan keluarga.

Faktor-faktor yang mempersulit komunikasi, yaitu :

- a. Adanya pemahanan dan kesalahpahaman
- b. Mekanisme koping emosi (kemampuan mengatasi emosi)
- c. Adanya perbedaan informasi yang diberikan dengan penerimaan informasi
- d. Kesulitan dalam mengingat informasi

Berbicara dengan anak mengenai kondisinya sangat sulit bagi orang tua khususnya mengenai kematian. Anak dengan penyakit atau luka yang berbahaya biasanya mengetahui mengenai kondisi tubuh mereka sendiri,

Anak diberikan informasi tentang penyakitnya dengan mempertimbangkan usia anak tersebut. Pada umumnya anak remaja, dapat menerima informasi dengan lebih baik berbeda dari yang diperkirakan orang tua.

Sehubungan dengan hal tersebut, maka anak harus diberikan kesempatan untuk mendapatkan informasi, adapun caranya tergantung dari usia anak.

- a. Mengetahui kondisi mereka yang sebenarnya.
- b. Mengetahui apa yang mungkin akan terjadi
- c. Berbicara mengenai perasaan mereka dan apa yang mereka khawatirkan
- d. Menjelaskan tentang pilihan perawatan yang akan diberikan
- e. Membantu memutuskan tentang pilihan perawatan kesehatan ketika mereka mampu

Komunikasi disesuaikan usia anak :

- Bayi-3 tahun
 - Konsep kematian tidak tahu
 - Bisa merasakan apa yang terjadi
 - Komunikasi lebih pada sentuhan
- Usia 3-6 tahun
 - Konsep kematian tidak tahu
 - Kematian adalah sesuatu yang bisa kembali (contoh: ibu meninggal, tetapi anak beranggapan

bahwa ibunya sedang pergi dan akan kembali lagi)

- Perilaku bisa mundur lagi (normal karena ini mekanisme anak)
- Usia 6-9 tahun
 - Mulai mengenal konsep kematian adalah sesuatu yang bisa kembali
 - Kematian adalah sesuatu yang bisa menular
 - Merasa terpisah dengan teman-teman sekolah
 - Cara yang baik : menerangkan kematian dengan hal-hal yang indah
 - Kematian adalah hal-hal yang menakutkan dan ibunya dianggap sebagai monster
- Usia 9-13 Tahun
 - Secara Emosi / kognitif kematian adalah waktu akhir
 - Sangat sensitif sekali
 - Hubungan teman sekolah menjadi penting
- Usia 13-18 tahun
 - Sibuk dengan citra diri
 - Otonomi pada pengenalan diri
 - Menerima pesan yang bertentangan :
Diharapkan untuk berperilaku seperti orang dewasa, kadang-kadang diperlakukan sebagai anak-anak
 - Dapat memahami apa yang terjadi, tetapi kurangnya kemampuan untuk dapat mengatasi emosi

Biasanya menjelang akhir kehidupannya, anak akan mengungkapkan perasaan dan emosi mereka seperti :

- a. Rasa marah kepada penyakitnya dan mengapa dia mendapatkan penyakit ini
- b. Rasa kecewa kepada orang tua karena mereka tidak dapat menghilangkan penyakitnya
- c. Rasa takut akan kehilangan fungsi tubuh seperti berjalan dan bermain
- d. Rasa bersalah karena kondisinya membuat keluarga bersedih
- e. Rasa malu atas kondisi fisiknya
- f. Rasa takut akan munculnya rasa nyeri

Saran untuk orang tua dalam menghadapi munculnya perasaan atau emosi tersebut :

- a. Jujur kepada anak
- b. Luangkan waktu untuk bersama anak
- c. Mempersiapkan diri untuk dapat menerima perasaan dan emosi anak
- d. Dapat mengupayakan kualitas hidup anak yang baik
- e. Dapat menjaga harapan, yaitu bukan harapan akan kesembuhan tetapi harapan akan hidup yang

berkualitas dan kematian yang baik.

- f. Menjaga kebiasaan keluarga atau menjelaskan kepada anak apabila kebiasaan itu berubah. Seperti nonton TV bersama atau makan malam bersama di meja makan.
- g. Menghormati hal-hal yang pribadi; bagi anak remaja mereka tetap mempunyai hal-hal yang harus orang tua sadari; seperti adanya pacar atau teman dekat.

2. Kualitas hidup pada anak

3. Tata laksana gejala

a. Prinsip tata laksana gejala

- 1) Tatalaksana gejala harus direncanakan sebelumnya
- 2) Dibutuhkan pendekatan yang menyeluruh, tidak hanya masalah pengobatan saja
- 3) Orangtua dan anak harus dipersiapkan untuk menghadapi situasi yang ada. Mereka harus tahu apa yang diharapkan, bagaimana cara menghadapinya, dan kepada siapa mereka dapat meminta bantuan
- 4) Penilaian harus meliputi : penggunaan instrumen bila tersedia, gejala distress yang tidak terkontrol merupakan keadaan darurat yang harus ditangani secara agresif

Tatalaksana gejala meliputi :

- a. Penilaian terhadap gejala yang timbul
- b. Evaluasi terhadap potensi penyebab yang dapat mengakibatkan gejala-gejala tersebut timbul kembali
- c. Merencanakan dan memulai tatalaksana gejala
- d. Lakukan penilaian kembali setiap kali melakukan tindakan intervensi

b. Nyeri

Nyeri pada anak umumnya kurang diperhatikan dan tidak mendapat pengobatan yang adekuat. Hal ini karena kewaspadaan yang kurang dari tenaga kesehatan dan orang tua, serta adanya perbedaan konsep tentang nyeri pada anak dan efek obat dari analgetik.

Jenis Nyeri

1. Nyeri nosiseptif

- Terjadi bila ujung saraf di perifer distimulasi oleh rangsangan karena kerusakan jaringan yang menyebabkan impuls saraf yang dihasilkan disampaikan oleh neuron ke otak dan ditafsirkan sebagai nyeri.

- Terdiri dari:
 - a. nyeri somatik (dimana rasa sakit biasanya didefinisikan dengan baik dan bersifat lokal.).
Contoh: timbul dari tulang, sendi, otot, kulit dan jaringan ikat.
 - b. nyeri viseral (rasa sakit biasanya kurang pasti dan berasal dari daerah tubuh lain).
Contoh: timbul dari organ - organ internal seperti sistem pencernaan.

2. Nyeri neuropatik

- Terjadi karena pengolahan impuls saraf yang abnormal dan disebabkan oleh lesi atau disfungsi sistem saraf (sistem saraf pusat dan perifer).
- Kompleks tipe nyeri sindroma:
 - Regional 1 dikenal sebagai **distrofi refleks simpatik**, yaitu hasil dari kelainan pengolahan sensasi rasa sakit perifer tanpa cedera saraf yang jelas.
 - Regional 2 dikenal sebagai **kausalgia**, terjadi akibat dari kerusakan saraf perifer.
- Berhubungan dengan kemoterapi, radiasi, pembedahan yang melibatkan saraf.
- Sifat nyerinya yaitu nyeri tajam seperti di tusuk-tusuk atau seperti tersengat listrik, biasanya memerlukan analgetik ajuvan.

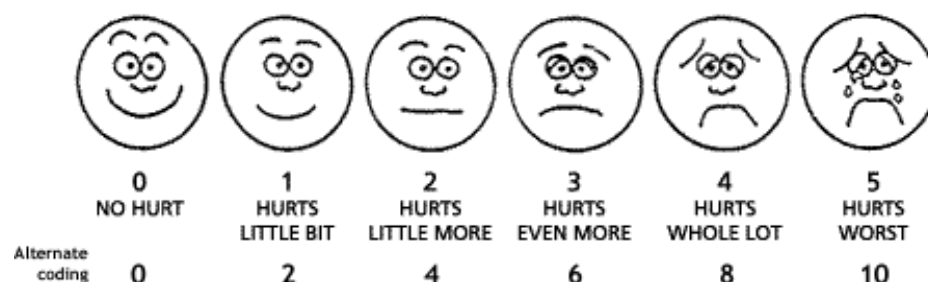
Penilaian

Pada anak sulit dilakukan karena tergantung dari usia, fase perkembangan, dan pengalaman nyeri.

Namun perubahan dari tingkah laku dan sikap merupakan tanda adanya ketidak nyamanan

Hal yang perlu dinilai meliputi:

1. Intensitas nyeri



Gambar 1. WONG-BAKER FACES PAIN RATING SCALE

From Wong's Essential Pediatric Nursing (7th ed.) (p. 1259), by M. J. Hockenberry, D. Wilson, & M. L. Winkerstein, 2005, St. Louis, MO: Mosby. Copyright, Mosby. Used with permission.

Keterangan:

- f. **Nilai 0** : Tidak ada/ bebas nyeri
- g. **Nilai 1-2** : Nyeri ringan (tidak bisa bercanda, serius, wajah datar, nyeri dapat diabaikan)
- h. **Nilai 3-5** : Nyeri sedang (Alis berkerut, bibir mengerucut, menahan nafas, aktivitas terganggu)
- i. **Nilai 5-7** : Nyeri sedang (hidung berkerut, mengangkat bibir bagian atas, bernafas cepat, konsentrasi terganggu)
- j. **Nilai 7-9** : Nyeri berat (mulut terbuka, slow blink, mengganggu kebutuhan dasar)
- k. **Nilai 10** : Nyeri hebat (mata tertutup, mengerang menangis, memerlukan bedrest)

Cara pemeriksaaan intensitas nyeri yang lainnya:

a. Numerical Pain Scale (VPS)

- Tanyakan intensitas nyeri dengan menggunakan angka 0-10
- 0 berarti tidak nyeri dan 10 sangat nyeri
- Bisa dipakai pada anak usia > 10 tahun, bila < 10 tahun dapat dipakai angka 0-5
- Diberikan penjelasan bahwa dengan bertambahnya angka menunjukkan intensitas nyeri meningkat

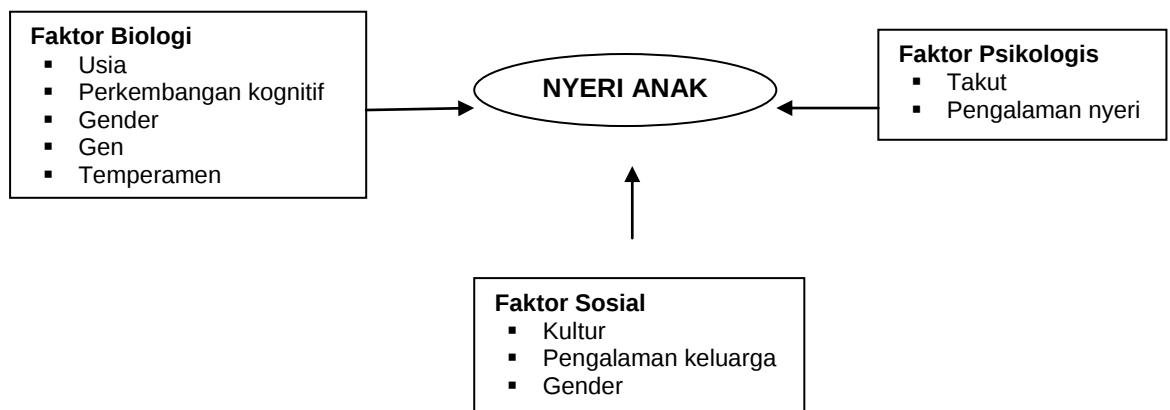
b. FLACC Scale

FLACC SCALE

Categories	Scoring		
	0	1	2
Face	No particular expression or smile	Occasional grimace or frown, withdrawn, disinterested	Frequent to constant quivering chin, clenched jaw
Legs	Normal position or relaxed	Uneasy, restless, tense	Kicking or legs drawn up
Activity	Lying quietly, normal position, moves easily	Squirming, shifting back and forth, tense	Arched, rigid or jerking
Cry	No cry (awake or asleep)	Moans or whimpers; occasional complaint	Crying steadily, screams or sobs, frequent complaints
Consolability	Content, relaxed	Reassured by occasional touching, hugging or being talked to	Difficult to console or comfort
Each of the five categories (F)Face; (L)Legs; (A)Activity; (C)Cry; (C)Consolability is scored from 0-2, resulting in a total score range of 0 to 10.			

Gambar 2. FLACC Scale

2. Lokasi nyeri
3. Lamanya nyeri : akut/ kronis/ menetap, episodik, renjatan nyeri, kejadian nyeri, tindakan yang menyebabkan nyeri
4. Kualitas nyeri (misalnya: menggambarkan dengan kata- kata)
5. Aspek kognitif rasa nyeri (misalnya: dampak yang dirasakan pada aktivitas sehari- hari)
6. Aspek afektif pengalaman nyeri (misalnya: pengalaman yang tidak menyenangkan)
7. Faktor- faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri anak, seperti:



Gambar 3. Bagan Nyeri pada anak

Tata laksana

I. Pengobatan farmakologi

Konsep strategi: (WHO 2012) :

1. 2 tahap
2. Jarak dosis teratur
3. Gunakan jalur pemberian dengan tepat
4. Pengobatan yang sesuai dengan kebutuhan anak

Gambar 4. WHO Analgesic Ladder (Adapted from WHO 1996)

WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses, 2012

a. Tahap penilaian nyeri

- Tanya bila ada respons
- Gunakan skala nyeri

- Evaluasi perubahan perilaku & psikologi
- Aman bagi orang tua
- Mencari penyebab nyeri
- Lakukan tindakan & evaluasi hasil

b. Tahap penatalaksanaan nyeri

- Tanya keluhan nyeri secara rutin dan periksa secara sistematis
- Percaya pada keluhan pasien & orang tua
- Pilih obat pengontrol nyeri secara tepat
- Tatalaksana nyeri dengan tindakan khusus
- melibatkan pasien & keluarga.

c. Strategi penanganan

Menggunakan 2 tahap :

 Tahap 1 (nyeri ringan)

- Usia > 3 bulan : Pilihannya paracetamol dan ibuprofen
- Usia < 3 bulan : parasetamol
- Non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) : lainnya tidak direkomendasikan untuk anak.

 Tahap 2 (nyeri sedang atau berat)

- Pilihannya : opiat (morfin)
- Dapat langsung ke tahap 2 :
 - Berdasarkan penilaian klinis dari derajat nyeri
 - Gangguan fungsi karena nyeri
 - penyebab nyeri
 - Prognosis yang diharapkan dan aspek-aspek lainnya
- Dosis opiat di titrasi sesuai dengan kondisi nyeri masing-masing anak
- Antisipasi dan atasi efek samping
- Dosis diturunkan perlahan-lahan agar tidak terjadi "*withdrawal*"

d. Farmakologi

Terapi analgesik dibagi menjadi 2 yaitu:

 Analgesik Primer:

i. Non opioid/ NSAID

Obat yang paling umum digunakan bagi anak karena memiliki efek analgesik antipiretik dan anti inflamasi. Dapat digunakan untuk nyeri ringan, contoh:

1.1. Parasetamol (Asetaminofen):

Oral – dosis awal : 20 mg/kgBB kemudian 10-15 mg/kgBB tiap 6 jam (maksimal 90 mg/kgBB/hari).

Rektal – mulai 30 mg/kgBB kemudian 20 mg/kgBB tiap 4-6 jam.

Turunkan dosis dan tingkatkan jarak pemberian menjadi tiap 8 jam pada anak dengan gangguan hati dan ginjal .

Efek samping: potensial terjadinya hepatotoksik dalam pemberian jangka panjang.

1.2. Ibuprofen

Oral – 5-10 mg/kgBB tiap 6-8 jam. Maksimal dosis total 40 mg/kgBB/hari

Berikan bersamaan dengan makanan .

Jangan berikan pada anak dengan asma, trombositopenia, penyakit ulkus peptikum, dan gangguan fungsi ginjal

Efek samping: sakit kepala, mengantuk, mual, muntah, dyspepsia

1.3. Ketorolac

Dosis : 0,2 mg- 0,4 mg/kgBB (Max 2 mg/kgBB/hari)

Efek samping: mengantuk, sakit kepala, euphoria

1.4. Piroxicam

Dosis : 0,2 mg- 0,5 mg/kgBB (Max 15 mg/hari)

Efek samping: dyspepsia, rasa tidak nyaman, mual, muntah

ii. Opiat lemah

2.1. Tramadol

Dosis: 2 mg/kg (Max 8 mg/kg/hari)

Efek samping: mual, muntah, gangguan sistem kardiovaskular dan pernafasan (efek minimal)

2.2. Codein

Dosis: 0,5- 1 mg/kg (Max 60 mg/dosis)

Efek samping: sedasi, konfusi, hipotensi, mual, muntah dan konstipasi

iii. Opiat kuat

Cara menaikkan dosis opiat, ada 2 cara:

1. Dosis yang sudah ditentukan dinaikkan 30-50% jika nyeri tidak terkontrol

Contoh: seorang anak mendapat morfin 5 mg tiap 4 jam, jika nyeri tidak teratasi dapat dinaikkan menjadi 6,5 mg (+30%) – 7,5 mg (+50%) tiap 4 jam

2. Menjumlah semua dosis renjatan dalam 24 jam dan bagi 6 dan tambahkan pada dosis yang telah ditentukan pada hari berikutnya yang tetap diberikan tiap 4 jam. Selain menambahkan dosis renjatan, dosis yang telah ditentukan juga dinaikkan

Contoh: seorang anak mendapatkan morfin 5 mg tiap 4 jam dan 4 x dosis renjatan sebanyak 2,5 mg selama 24 jam

→ total dosis renjatan:

$$4 \times 2,5 \text{ mg} = 10 \text{ mg}$$

$$10 \text{ mg} / 6 = 1,67 \text{ mg}$$

$$5 \text{ mg} + 1,67 \text{ mg} = 6,67 \text{ mg} \text{ dibulatkan jadi } 7 \text{ mg}$$

Jadi dosis yang baru adalah 7 mg dengan dosis renjatan yang baru juga

6,5 - 7,5 mg

Cara menurunkan dosis opiat:

Jika morfin sudah diberikan lebih dari 7 hari, turunkan sebanyak $\frac{1}{3}$ dosis setiap 3 hari. Jika dengan Morfin sulfat nyeri teratasi, sediaan morfin dapat diganti dengan MST yang dapat diberikan tiap 12 jam.

Caranya: jumlah seluruh dosis Morfin sulfat dalam 24 jam kemudian bagi 2.

Untuk renjatan tetap dapat digunakan Morfin sulfat dan morfin yang baru diberikan bekerja setelah 30 menit diminum.

3.1. Morfin

Morfin sulfat (5/5ml, 10/5ml, 20/5ml, 100/5ml)

Usia 1-12 bulan: oral – 0,1 mg/kg tiap 4 jam

Usia >12 bulan: oral – 0,2-0,4 mg/kg tiap 4 jam

Efek samping: konstipasi, depresi pernafasan, sedasi, hipotensi

3.2. Morphine Sustained/ MST (Slow Release Morphine)

Dosis: 0,9 mg/kg, oral, tiap 12 jam (bekerja long acting)

Efek samping: konstipasi, pusing dan mulut kering

Dosis ditentukan berdasarkan kebutuhannya dalam 24 jam

3.3. Fentanyl

Dosis: 25, 50, 75, 100 µ/jam (transdermal). 2-4 mg/kgBB/jam (bolus)

Efek samping: mulut kering, konstipasi, mengantuk, kebingungan, kelemahan, mual, muntah, anoreksia, berkeringat

Cara pemberian:

- Sebelum memberikan obat secara transdermal, pastikan pasien sudah mendapat analgesik terlebih dahulu
- Efek kerja obat transdermal timbul 12 jam setelah pemasangan
- Lama kerja obat berlangsung dalam 72 jam (3 hari) sehingga bila dilakukan penggantian obat yang baru harus 12 jam sebelum masa kerja obat lama berakhir.
- Pemilihan lokasi kulit yang aman, nyaman dan bebas dari lekukan (tepat diatas otot)

3.4. **Diamorfin:** (heroin)

Neonatus dan bayi: 0,15 mg/kgBB/hari dibagi 6 x pemberian

Anak-anak: 0,3 mg/kgBB/hari dibagi 6 x pemberian

Hal penting yang perlu diperhatikan dalam pemberian terapi analgesik golongan opiat:

- Terapi opiat digunakan untuk mengatasi nyeri ringan, sedang sampai dengan berat.
- Dosis dapat diturunkan tanpa kehilangan efek samping analgesik ketika dikombinasi dengan obat non opiat seperti paracetamol dan NSAIDS
- Opiat tidak mempunyai dosis maksimal
- Opiat harus diberikan secara teratur (tidak boleh hanya diberikan pada saat nyeri timbul)
- Pemberian opiat harus disertai dengan pemberian pencabar

📌 Analgesik Sekunder/ Ajuvan :

- Kelompok beragam obat yang bekerja dalam berbagai cara untuk meningkatkan efek analgesik (meskipun awalnya digunakan untuk indikasi lain)
- Bekerja membantu meningkatkan efek analgesik primer
- Mengurangi efek samping dari obat analgesik primer

Contoh:

1. Antidepresan

Amitriptyline

Dosis: 0,2- 0,5 mg/kgBB (nyeri neuropathic) dan 1-5 mg/kgBB/hari (antidepresan)

Umur 2-12 tahun: 0,2-0,5 mg/kgBB (maksimal 25 mg) malam hari – kalau perlu dapat dinaikkan 1 mg/kgBB 2 x sehari

Umur 12-18 tahun: oral 10-25 mg/kgBB malam hari dan dapat dinaikkan hingga maksimal 75 mg

Efek samping: mengantuk, sedasi, letargi, mulut dan mata kering, penglihatan kabur, hipotensi dan konstipasi.

Dianjurkan untuk diberikan pada anak besar mengingat efek samping yang ditimbulkan

2. Antikonvulsan

2.1. Gabapentin

Dosis: 10mg/kgBB 2-6 tahun, 10mg/kgBB (6-12 tahun), 300mg (12-18 tahun)

Usia 2-12 tahun: 10 mg/kgBB pada hari-1, 2 x /hari hari-2, dan 3 x/ hari pada hari ke 3. Dosis pemeliharaan 10-20 mg/kgBB 3 x sehari .

Usia 12-18 tahun: 300 mg pada hari-1, 2 x 300 mg pada hari-2, dan 3 x 300 mg pada hari-3. Maksimal 800 mg 3 kali sehari

Efek samping: mengantuk dan pusing

Jangan dihentikan seketika dan jangan diberikan pada anak dengan gangguan psikiatrik.

2.2. Carbamazepine

Dosis: 2 mg/kgBB, oral, tiap 12 jam

Efek samping: gangguan hepar dan kulit, mengantuk, ataksia

Dosis : 5-20 mg/kgBB/hari dibagi 2-3 dosis,

Naikkan secara bertahap untuk menghindari efek samping.

Dapat berinteraksi dengan ARV dan dapat menyebabkan pansitopenia

2.3. Sodium Valproate

Dosis: 5-15 mg/kgBB, oral, tiap 8-12 jam

Efek samping: Konstipasi, mengantuk, sakit kepala dan tenggorokan

2.4. Diazepam

Dosis: 2,5 mg/hari (1-5 tahun), 5 mg/hari (5-12 tahun), 10 mg/hari (12-18 tahun)

Efek samping: pusing, mengantuk, letargi

3. Kortikosteroid

Deksametason

Dosis: 1-2 mg/hari (1-5 tahun), 2-4 mg/hari (6-12 tahun), 4 mg/ hari (12- 18 tahun)

Efek samping: retensi cairan dan elektrolit, rentan terhadap infeksi

4. Antiemetik

Ondansentron

Dosis: 2 mg (< 3 tahun), 4 mg (< 10 tahun) dan 8 mg (> 10 tahun)

Efek samping: sakit kepala, diare

5. Pencabar

Laxadine

Dosis: 5- 10 mg/kali minum, 2-3 kali pemberian/hari

Efek samping: kram perut, mual, kehilangan cairan dan elektrolit
(pemberian dalam jangka panjang)

Nyeri neuropatik

- a. Opiat + Kortikosteroid dan atau Opiat + NSAID → jika tidak berhasil, lanjut ke b
- b. a + Antidepresan atau Anti kejang → jika tidak berhasil, lanjut ke c
- c. a + Antidepresan dan Anti kejang → jika tidak berhasil, lanjut ke d
- d. Ketamin (anestesi diberikan secara intravena)

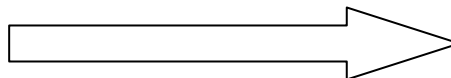
II. Pengobatan Non-farmakologi

- a. Mengurangi stres dan kecemasan
- b. Diperlukan kerja sama dengan orangtua dan situasi yg menyenangkan
- c. Tanpa analgetik

Most training 	Sensory	Cognitive-behavioural	Cognitive
	Pressure • Acupressure • Massage	Psychological preparation • Modelling • Behavioural rehearsal	Hypnosis/imagery
	Electrical Currents • TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)	Biofeedback	Cognitive behavioural therapy (CBT)
	Heat	Relaxation techniques • Breathing exercises • Muscle relaxation	
	Cold	Distraction • Environmental stimuli • Voices, music	

	Sucking	Play therapy
Least training	• Non-nutritive • Sucrose • Breastfeeding	
	Positioning	
	• Hugging/ holding • Swaddling	

Requires little cognition



Requires abstract thought

Gambar 6: Non-drug interventions of pain relief (adapted from Vessey and Carlson 1996)

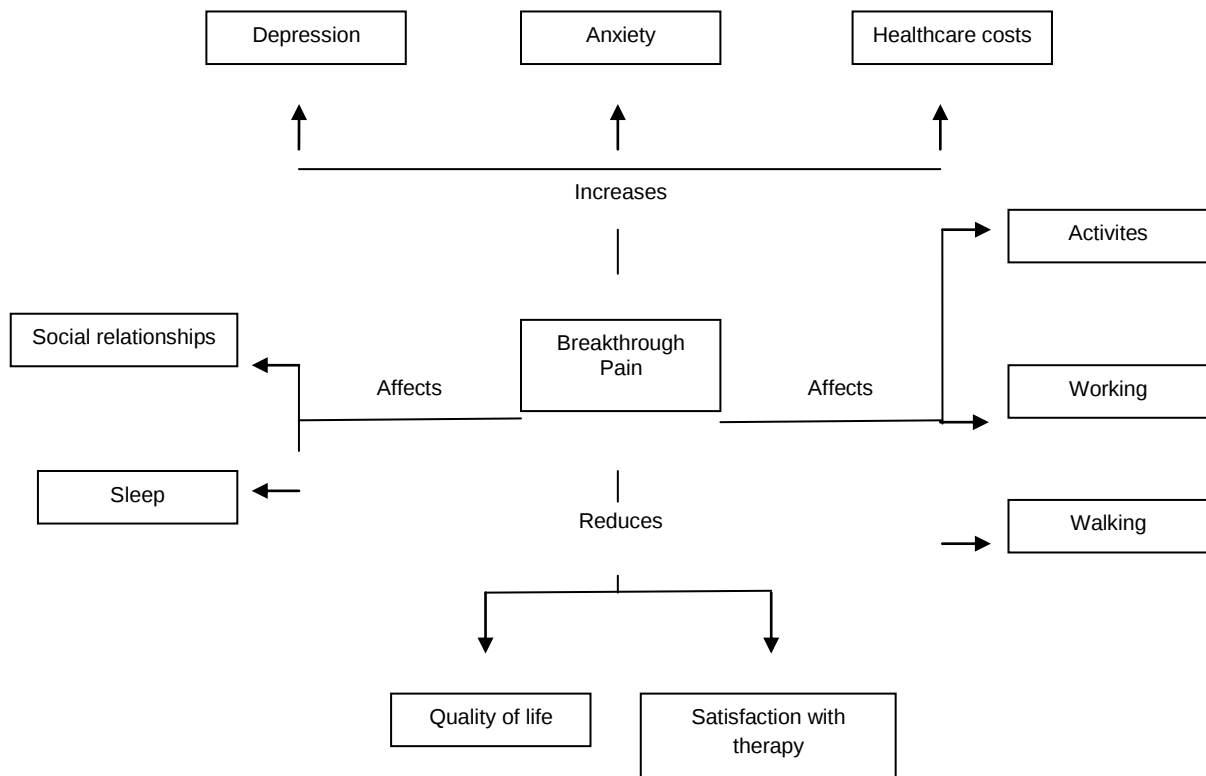
Contoh aplikasi pada anak:

- **Pressure** : melakukan pemijatan (massage)
- **Positioning** : memeluk, memegang, menggendong
- **Relaxation** : Memberikan postural drainage : tidur miring atau posisi kepala lebih direndahkan
- **Distraction** : bernyanyi, bermain, menonton tv atau video kesukaan anak, mendengarkan musik, jalan- jalan
- **Hypnosis/ imagery**: membantu memfokuskan perhatian anak dari hal- hal yang ditakuti dan mengembangkan daya imajinasi anak dengan aman, nyaman, menarik, dan menyenangkan.

Renjatan nyeri

Adalah keluhan nyeri yang terjadi secara spontan, tidak terduga timbulnya, sebelum jadwal dosis morfin berikutnya. Biasanya memiliki serangan yang cepat dan durasi pendek yang apabila terjadi secara berulang akan menimbulkan gangguan kualitas hidup pasien. Prevalensi nyeri pada pasien kanker meningkat sesuai dengan stadium penyakit yaitu 30- 40 % pada stadium awal dan 70-90 % pada stadium lanjut.

Dosis renjatan adalah 50-100% dari dosis yang telah ditentukan. Jangan lupa untuk memberikan pencabar pada anak yang mendapat opiat untuk mencegah efek samping berupa konstipasi



Gambar 7. Effect of breakthrough pain

A. Karakteristik

- Renjatan nyeri berhubungan dengan lokasi, tingkat keparahan, pemakaian analgesik yang teratur, patofisiologi, penyebab, dan apakah pasien sudah dinyatakan paliatif. Frekuensi nyeri pada setiap pasien sangat bervariasi, nyeri bisa mencapai 3-4 kali/ hari.
- Pasien dengan renjatan nyeri sering kurang puas dengan obat analgesik sehingga mereka mengalami penurunan fungsi, pengalaman psikososial yaitu peningkatan kecemasan dan depresi.
- Renjatan nyeri menandakan buruknya prognosis penyakitnya, sehingga membutuhkan pemantauan .

B. Tata laksana renjatan nyeri

Tujuan dari tatalaksana renjatan nyeri adalah untuk mengurangi intensitas keparahan dan efek dari setiap episode nyeri. Keberhasilan penanganan nyeri dapat dicapai dengan adanya penilaian secara menyeluruh terhadap timbulnya nyeri dan penilaian secara berulang dengan menggunakan komunikasi yang baik, serta mengupayakan pasien untuk ikut berpartisipasi.

Cara pemberian terapi renjatan nyeri

- Pastikan nyeri yang timbul bukan nyeri psikis (memastikan renjatan nyeri)
- Berikan obat sebesar dosis awal (misal apabila pasien mendapat 10 mg setiap sekali pemberian maka dosis untuk renjatan nyeri juga sebanyak 10 mg)
- Tetap berikan obat analgesik sesuai jadwal , dengan dosis obat yang ditetapkan
- Pantau timbulnya renjatan dalam 1 hari untuk menentukan apakah diperlukan perubahan dosis analgetik pada hari selanjutnya .

b. Gangguan sistem pencernaan

A. Masalah oral :

Akan muncul beberapa permasalahan seperti hilangnya selera makan, kebersihan mulut yang tidak terjaga, timbul perdarahan mukosa, xerostomia atau mulut kering, sering terjadi. Mengatasinya dengan memberikan jus dingin, menghisap es batu. Hilangnya selera makan hampir terjadi pada semua anak pada kondisi tersebut. Pada umumnya anak tidak merasa terganggu, tidak merasakan lapar dan tidak nafsu makan, tetapi hal tersebut dapat menyebabkan rasa cemas orangtua atau yang merawat. Hilangnya selera makan disebabkan beberapa hal seperti nyeri, mual, muntah sembelit, jamur pada mulut, depresi, kehilangan rasa mengecap.

Saran untuk orangtua bila hal ini terjadi :

- a. Siapkan makanan yang disukai atau diminta anak
- b. Gunakan tempat makanan yang kecil dengan porsi sedikit
- c. Siapkan dan sajikan makanan segera setelah anak meminta makanan
- d. Berikan makanan dengan potongan kecil dan tidak keras (misalnya puding atau jus)
- e. Suapkan makanan secara perlahan untuk menghindari risiko tersedak
- f. Gunakan botol dot atau sedotan jika anak sulit untuk menelan
- g. Jaga kebersihan mulut sebelum dan sesudah makan
- h. Jangan pernah memaksa untuk memberikan makanan atau minuman jika anak tidak

mau, karena hal ini dapat menyebabkan stres pada anak dan orangtua

B. Mual dan muntah

Pada umumnya berhubungan dengan pemberian analgetik opiat. Penyebab lainnya karena inflamasi saluran cerna atas, tekanan intrakranial meningkat, gangguan metabolik, konstipasi dan infeksi.

Obat yang dapat diberikan :

Mual, muntah : ondansetron, metoklorpamid,

Gastritis : ranitidin

Gangguan pengosongan lambung : metoklorpramid atau domperidon

Tekanan intrakranial meningkat : kortikosteroid

Hindari pemberian metoklorpamid bila terdapat obstruksi usus

C. Konstipasi

Pada umumnya disebabkan karena efek samping pemberian opiat, penyebab lainnya karena gangguan elektrolit, imobilitas dan makanan oral dan serat yang kurang. Pemberian pencahar harus dipilih sesuai dengan cara kerjanya. Terdapat 3 jenis tipe pencahar yaitu :

1. Lubrikan/ pelunak feses (laktulose, dokusate sodium),

2. Stimulan (senna, sodium pikosulfat, bisakodyl)

3. Osmotik (makrogols)

Pemakaian rektal enema (fosfat enema) dan supositoria (gliserin supositoria) boleh dicoba bila pencahar oral tidak efektif. Hati-hati pada pasien dengan neutropeni.

D. Diare

Tergantung dari penyebabnya, dapat diberikan loperamid 0,05- 0,1 mg/kgBB (maksimum 2 mg). Morfin oral atau subkutan dapat juga mengurangi diare.

c. Gangguan sistem pernapasan

A. Sesak nafas

Dapat disebabkan karena intra paru atau ekstra paru, penanganannya tergantung penyebabnya.

1. Perawatan suportif:

a. Perbaiki posisi pasien, perbaiki sirkulasi dan ventilasi ruangan, relaksasi, atur

pernafasa, tenang dan jangan panik

b. Diazepam dosis rendah 0,04-0,2 mg/kgBB tiap 8 jam untuk mengurangi kecemasan

c. Oksigen 2L/mnt

2. Bronkodilator

Bila ada bronkospasme dan ada riwayat asma boleh diberikan bronkodilator dan kortikosteroid. Kortikosteroid juga dapat mengurangi kompresi bronkus.

3. Opiat

Dapat mengurangi sesak nafas dengan cara mengurangi respon ventilasi terhadap hiperkapnea dan hipoksia.

B. Sekresi berlebihan

Antikolinergik (hidrobromid hiosin) 0,2-0,4 mg subkutan tiap 4 jam.

C. Pernafasan cheyne stokes

Ini terjadi pada fase terminal, bagian dari fase menuju kematian

d. Fatigue/ kelemahan

Fatigue adalah gejala yang banyak dijumpai pada pasien kanker anak yang terminal. Fatigue pada keadaan ini berbeda dengan fatigue yang terjadi pada umumnya. Gejalanya dapat berupa kelelahan, tidak ada keinginan untuk melakukan aktivitas, dan tidak dapat diatasi dengan istirahat. Penting untuk menetapkan penyebab, seperti anemia, infeksi, gangguan pernapasan, malnutrisi, dan lain-lain, termasuk gejala psikologis, seperti depresi dan ansietas. Metilfenidat atau dekstroamfetamin direkomendasikan untuk mengatasi fatigue yang simptomatik. Fisioterapi dan olah raga ringan juga efektif untuk mengatasi fatigue pada anak, bahkan pada anak yang menjelang kematiannya.

e. Gangguan kulit

1. Pruritus

Penanganan

- Lihat kemungkinan penyebab terjadinya gatal
- Berikan rehidrasi sederhana pada kulit (misalnya lotion atau minyak kelapa)
- Gunting kuku anak atau bila perlu berikan sarung tangan
- Mengurangi gatal dengan tindakan distraksi dan relaksasi
- Anjurkan anak menggunakan pakaian yang tidak ketat dan berbahan katun

- Bila kulit mengalami inflamasi ringan dapat menggunakan cream steroid seperti hidrokortison, bila inflamasi berat dapat diberikan kortikosteroid oral
- Obat antihistamin digunakan untuk tipe gatal yang sangat besar (tetapi terkadang perlu diketahui bahwa ada saat tertentu antihistamin kurang atau tidak sama sekali efektif)

2. Fungating Tumours

a. Gambaran umum

- Sangat jarang ditemukan pada anak
- Tumor dapat menyebar secara lokal atau pecah membentuk kavitas
- Jaringan nekrosis yang dihasilkan dapat terinfeksi
- Secara Psikologis pada anak menganggap adanya fungating tumor bisa menimbulkan kecatatan yang mengganggu penampilan dan bau yang tidak enak

b. Penanganan

- 1) Menanganai kemungkinan penyebab
 - Memperbaiki nutrisi
 - Stop atau menurunkan dosis steroid
- 2) Mengurangi pembesaran tumor, operasi, radioterapi atau kemoterapi
- 3) Mengontrol nyeri
 - Selama perawatan luka, pertimbangkan penggunaan opiat oral
 - Nyeri pada kulit dapat diatasi dengan diamorphine topikal
 - Nyeri kronik bisa menggunakan morfin secara perlahan
- 4) Mengurangi eksudat menggunakan beberapa jenis balutan luka

Type	Nama Barang	Catatan
Film	Opsite, Tegaderm	Memudahkan observasi, tidak dapat menyerap eksudat
Low Adherent	Release, Mepore	Menyerap sedikit eksudat
Hydrocolloids	Comfeel, Duoderm	Dapat digunakan dalam 1 minggu
Hydrogels	Iodosorb, Intrasite gel	Menyerap lebih banyak eksudat
Alginates	Kaltostat, sorbsan	Hemostatic

Foam	Lyof foam, Silastic	Untuk kavitas
------	---------------------	---------------

5) Odor

- Mengontrol bau odor sekeliling dengan mempertahankan sirkulasi udara seperti penggunaan AC atau minyak aromaterapi
- Metronidazole secara topikal atau sistemik
- Memberikan arang pada balutan luka
- Pemilihan balutan luka seperti opsite

6) Mengatasi masalah pendarahan

- Memberikan adrenalin secara topikal (1:1000)
- Pemilihan balutan luka yang mengandung kalsium alginet
- Radioterapi
- Gunakan balutan luka non adherent dan tidak merendam dengan NaCl

7) Perawatan Kulit sekitar luka yang beresiko : memberikan perlindungan dengan salep

3. Luka tekan

a. Gambaran umum

- Prinsip pada luka tekan sangat jelas pada pepatah yang mengatakan lebih baik mencegah daripada mengobati
- Melakukan observasi secara kontinyu terutama pada pasien yang dengan kondisi yang terminal
- Sangat penting memperhatikan penggunaan perlengkapan balutan luka
- Upayakan mengganti balutan luka dengan meminimalkan timbulnya nyeri
- Perawatan luka dilakukan dengan tenang dan tidak terburu-buru dikejar waktu
- Penggunaan balutan luka yang efisien menjadi bahan pertimbangan dalam pemilihan balutan luka (terutama dalam efisiensi harga)

b. Stadium

Pengenalan stadium dapat membantu dalam pengelolaan luka tekan, yaitu:

- Stadium 1 : Kulit utuh tanpa eritema
- Stadium 2 : kulit sebagian rusak (lapisan epidermis dan dermis)
- Stadium 3 : kerusakan ketebalan kulit sampai jaringan subkutan
- Stadium 4 : kedalamannya kerusakan kulit lebih luas sampai pada struktur dalam kulit seperti otot dan tendon

d. Penanganan

- Melakukan pemantauan tanda-tanda risiko terjadinya luka tekan
- Melakukan perubahan posisi
- Mencegah risiko terjadinya penekanan dengan
 - Memberikan matras udara
 - Penggunaan selimut yang halus
 - Mengurangi penekanan bantal
- Kaji status nutrisi pasien
- Pemberian perawatan kulit dengan memberikan kebersihan diri dan hidrasi
- Untuk stadium 1 luka tekan dapat dilakukan dengan memberikan perlindungan luka dengan menggunakan balutan film seperti Opsite atau Tegaderm dan saat membersihkan luka dilakukan secara berhati-hati untuk menghindari timbulnya kerusakan kulit lebih lanjut
- Untuk kondisi menyembuhkan ulkus yang mengalami epitelium dapat memilih balutan luka tipe film, low adherent ataupun hydrocolloid
- Untuk jenis luka dengan eksudat ringan bisa memilih balutan luka tipe film hydrocolloid, low adherent, alginates ataupun hydrophilic foam
- Luka dengan eksudat yang banyak bisa diberikan balutan luka tipe hydrocolloid, low adherent, alginate, hydrophilic foam, ataupun stoma bag anak-anak.
- Luka yang sudah membentuk kavitas / rongga cukup diberikan balutan luka tipe alginet, silastic foam bila luka kondisi bersih, dan foam dressing.
- Jika debridement diperlukan maka dilakukan tindakan operasi dan pemberian balutan luka berjenis hydrocolloid atau hydrogel
- Bila kondisi luka sudah terinfeksi maka diberikan obat metronidazol secara topikal, irigasi luka menggunakan cairan metronidazole, berikan obat antibiotik secara sistemik

Perawatan Luka di rumah

- Prinsipnya, peralatan yang digunakan dalam perawatan luka adalah bersih
- Cairan untuk mencuci luka bisa menggunakan rebusan air daun jambu biji (5 helai daun jambu biji dimasak dalam 1 liter air menjadi ½ Liter air, lalu disaring)
Penggunaan air rebusan berlaku untuk sekali penggunaan saja.
- Pada Luka bereksudat bisa diberikan bunga lidah buaya atau daun sensitivera yang sudah dihaluskan kemudian ditutup dengan balutan luka seperti kain bersih. Apabila kondisi luka banyak eksudat bisa juga ditutup dengan sayatan buah pepaya muda, kemudian ditutup dengan kain bersih.
- Untuk luka yang berbau , taburkan pada balutan luka di bagian luka dengan arang atau kopi

- Perawatan luka dilakukan sesuai dengan kondisi luka dan kenyamanan pasien serta ketersediaan bahan –bahannya di rumah
- Libatkan anggota keluarga untuk berpartisipasi aktif dalam perawatan luka.

f. Gangguan hematologi

A. Anemia : transfusi bila diperlukan sesuai indikasi

B. Perdarahan

1. Bila karena trombositopeni maka boleh diberikan suspensi trombosit.
2. Dapat diberikan asam tranexamic 20 mg/kg tiap 8 jam oral.
3. Topikal epinefrin 1: 1000.
4. Cara lain yang perlu diketahui ialah :
 Keluarga dipersiapkan, menampung atau membersihkan darah memakai handuk/ kain berwarna gelap. Hal ini dapat mengurangi stres anak dan yang merawatnya.
 Bila perdarahan dari mulut atau hidung maka posisi anak setengah duduk. Bila anak cemas dapat diberi midazolam bukal.

g. Gangguan sistem saraf

A. Cemas, atasi dengan relaksasi, dialihkan perhatian, dengarkan musik, meditasi

B. Kejang,

Management of Seizures	
Emergency treatment	1. Diazepam 0.2 – 0.4 mg/kg i.v or rectally OR 2. Clonazepam 0.5 mg (<10 years) or 1 mg (>10 years) i.v, s.c, or rectally OR 3. Midazolam 0.5 mg/kg i.v or s.c
Maintenance treatment	1. Phenytoin 2 mg/kg every 6-12 hour OR 2. Phenobarbital mg/kg every 12 hour OR 3. Carbamazepine 2 mg/kg every 8 hour
Continuous treatment when oral route is not possible	1. Diazepam 5 mg (1-5 years) or 10 mg (> 5 years) rectally as required OR 2. Midazolam 100 mg/kg/hour (10 – 30 mg/24 hour) s.c infusion

C. Spasme otot/ mioklonus dapat terjadi karena nyeri, bisa diberikan diasepam dosis rendah, perubahan posisi.

Mioklonus kemungkinan karena efek toksik dari opiat. Pemberian midazolam bolus atau infus dapat mengatasinya.

h. Gangguan psikiatri

Ansietas dan depresi merupakan ekspresi emosi yang banyak dijumpai pada pasien kanker anak yang terminal. Penting untuk melakukan penilaian apakah gejala yang timbul tersebut merupakan reaksi yang sesuai karena anak ini. Berada pada situasi yang sulit atau suatu ekspresi emosi yang berat membutuhkan intervensi.

Tim psikiatri anak dibutuhkan untuk tatalaksana gejala psikologis yang timbul. Obat-obat golongan serotonin-*reuptake inhibitor*, seperti citalopram, sangat efektif untuk mengatasi gejala ini, walaupun dibutuhkan waktu yang lama untuk mendapatkan hasil yang maksimal. Jika memang ada indikasi, pengobatan seperti ini harus segera diberikan.

Psikostimulan, seperti dekstroamfetamin dan metilfenidat, dapat dipertimbangkan untuk tatalaksana depresi pada anak menjelang kematian karena efeknya yang cepat. Intervensi non medis, seperti konseling, *cognitive behavioral therapy*, drama, terapi seni atau bermain juga sangat penting untuk dilakukan.

Tatalaksana Ansietas akut adalah dengan pemberian short acting Benzodiazepim seperti tucal midazolam.

4. Aspek psikososial, spiritual dan kultural pada anak

a. Dukungan di rumah, di butuhkan pemahaman tentang :

- Sosial, misalnya hubungan dengan lingkungan sekitar, situasi keuangan
- Keluarga, misalnya komunikasi antar anggota keluarga, peran dan hubungan setiap anggota keluarga,
- individu, misalnya kepribadian masing-masing individu, tahap perkembangan, riwayat penyakit dahulu dan kesedihan yang dialami pada masa lalu, tingkat kelelahan
- Penyakit, misalnya durasi penyakit, dampak psikologis, cacat dan gejala lainnya yang ada
- Riwayat pengalaman duka, misalnya strategi mengatasi duka, peristiwa duka yang dialami

b. Dukungan Komunitas

a) Dukungan sekolah – Keluarga

1. Sekolah

- Merupakan lingkungan belajar yang baik selain dalam hal akademis juga tentang hal keterampilan
- Menjadi tempat pemeliharaan kesejahteraan emosial dan sosial anak
- Menjadi tempat utama jejaring sosial antar orangtua anak
- Sekolah mendapatkan bantuan dari tenaga kesehatan dalam pengelolaan pelayanan paliatif pasien
- Sekolah diharapkan dapat menyampaikan perawatan paliatif yang dibutuhkan oleh salah satu siswa yang sakit kepada seluruh staf di sekolah, siswa dan orangtua murid

2. Keluarga

- Bekerjasama dengan sekolah untuk memecahkan masalah anak yang sakit selama mengikuti kegiatan sekolah dengan melibatkan petugas kesehatan
- Sekolah memberikan kontribusi dalam pencapaian kualitas hidup pasien

3. Saudara kandung

- Melibatkan saudara kandung dalam setiap kegiatan perawatan pasien
- Saudara kandung mendapatkan dukungan teman-temannya ketika mengalami suasana berkesedihan
- Meminta petugas kesehatan untuk memberi pengertian kepada saudara kandung agar tetap sekolah dan membantu saudara untuk memahami masalah proses kesedihan dan tetap melakukan interaksi dengan anak yang sakit

b. Dukungan sosial

- Memelihara hubungan persahabatan, hubungan antara pasien dan saudara kandung
- Memberikan dukungan khusus mengenai kebutuhan tertentu

5. Persiapan menjelang akhir kehidupan (*Advanced directive*)

Perawatan paliatif khususnya bagi anak yang sedang menjelang akhir kehidupan adalah memastikan kebutuhan anak terpenuhi yaitu fisik, pikiran, dan jiwa. Adapun perawatan tersebut berupa :

- a. Meringankan rasa sakit dan keluhan fisik lainnya yang dirasakan anak.
- b. Menjaga anak merasa nyaman dan tenang.
- c. Menjaga kehidupan anak dan keluarga senormal mungkin.
- d. Membantu keluarga mendapatkan dukungan yang mereka butuhkan.
- e. Membicarakan harapan/keinginan anak.
- f. Memberikan informasi yang tepat dan jujur tentang kondisi anak.
- g. Membantu proses berduka atas kematian anak.

6. Perawatan terminal pada anak

Tujuannya:

- Yakinkan bahwa tidak ada rasa nyeri dan stres
- Diberi perhatian secara penuh dan kasih sayang
- Jangan merasakan kesakitan yang berkepanjangan
- Persiapkan dan dukung keluarga dalam menghadapi kematian anaknya.
- Jangan berikan obat melalui oral tetapi jalur lain yang dianjurkan yaitu rektal, transdermal dan subkutan. Infus subkutan dengan semprit dapat diberikan, volume kecil tidak melebihi 30 menit – 50 jam

7. Perawatan pada saat pasien meninggal

Tempat yang tepat bagi anak yang meninggal adalah di rumah, jangan biarkan anak meninggal tanpa ditunggu.

Tanda-tanda akhir kehidupan :

- a. Kesadaran menurun
- b. Banyak tidur
- c. Disorientasi
- d. Menolak makan walaupun bentuk cair
- e. Buang air kecil terganggu
- f. Kulit : dingin, pucat, cutis mamorata
- g. Pola nafas tak teratur (cepat pendek dengan adanya periode cepat atau lambat)

Apa yang penting bagi seseorang yang akan meninggal?

- a. Orang mungkin menjadi sangat berbeda

- b. Sebagian orang ingin melawan penyakit mereka sampai akhir kehidupan
- c. Banyak keinginan untuk mengurangi rasa sakit
- d. Seringkali, bertemu dengan orang yang disayangi adalah sangat penting
- e. Memperoleh kedamaian dengan mendekatkan diri pada Sang Pencipta.

8. Perawatan setelah pasien meninggal

A. Antisipasi rasa duka

Utamakan pada tugas keluarga dalam mengantisipasi proses kesedihan, yaitu :

1. Menerima kenyataan kehilangan
2. Menghayati rasa sakit akan kehilangan
3. Menyesuaikan diri dengan lingkungan tanpa kehadiran anggota keluarga yang sudah meninggal
4. Meredam emosi dan melanjutkan hidup

B. Tahap berduka

1. Kaget (terkejut)
2. Menolak
3. Marah
4. Depresi
5. Bargaining (menimbang-nimbang) misalnya :
6. Menerima

C. Bentuk duka cita

1. Anak-anak

Anak dengan kondisi menjelang kematian akan mengalami berbagai masalah diantaranya : kehilangan masa kanak-kanak, kehilangan kemampuan fisik dalam melakukan hal-hal yang sama seperti anak normal, hilangnya kemampuan dalam mengembangkan hubungan normal dengan teman-teman sekolah dan teman bermain, kesedihan melihat perjuangan orangtua yang bekerja keras merawat pasien, kerugian yang dialami pasien karena melihat kesehatannya semakin memburuk (pasien melihat kehilangan fungsi tubuhnya dan ancaman kematian)

2. Saudara kandung

Saudara pasien sering mengalami masalah perilaku yaitu :

- Orangtua mencurahkan perhatiannya kepada anak yang sakit, sehingga saudara kandung berpikiran negatif terhadap anak yang sakit

- Kebiasaan orangtua merahasiakan kematian sehingga memiliki pengalaman terbatas terhadap kematian
- Anak-anak memiliki imajinasi yang nyata, jika tidak dijelaskan tentang penyakit saudaranya, maka mereka akan membuat ide-ide sendiri dengan informasi yang terbatas, seringkali apa yang dibayangkan lebih buruk dari kenyataan.

3. Orangtua

Orangtua memiliki kecemasan, penolakan, ketidakpercayaan, rasa marah dan rasa bersalah terhadap penyakit anak. Orangtua kan menarik diri dari lingkungan sosialnya di ganti dengan hubungan dengan petugas kesehatan. Fase marah seringkali diarahkan kepada petugas kesehatan ataupun pasangannya, sehingga ritual agama memiliki efek dan manfaat yang besar pada reaksi kesedihan orangtua.

4. Lingkungan

- Masyarakat
Kematian memiliki efek yang mendalam pada masyarakat sekitar anak
- Keluarga Besar
Kesedihan tidak hanya terkait kehilangan cucu, tetapi juga kesedihan melihat anak-anak mereka yang sedang berduka cita
- Sekolah
Kematian anak menjadi sumber kesedihan bagi teman-temannya, karena mungkin ini pengalaman pertama mereka kontak dengan kematian. Guru mendapatkan pengalaman sulitnya menangani situasi dukacita

D. Manajemen dukacita

Dukungan dari tim paliatif terhadap dukacita sangat membantu orangtua dalam menghadapi proses kesedihan. Tim membantu dengan cara :

- Mendengarkan isi hati keluarga pasien
- Membantu orangtua untuk tetap menjaga hubungan dengan anak lainnya, menghadapi proses kesedihan sebagai perjalanan hidup
- Memberi saran untuk kembali bekerja dan melanjutkan hidup
- Mendukung saudara kandung pasien dengan berkomunikasi mengisi waktu luang dengan kegiatan lain
- Merangkul dan berada dekat dekat keluarga besar, sekolah

BAB V

PENGORGANISASIAN DAN SISTEM RUJUKAN

Kanker merupakan penyebab utama kematian global, WHO memperkirakan 7,6 juta orang meninggal karena kanker pada tahun 2005 dan 84 juta orang akan mati dalam 10 tahun ke depan jika tidak dilakukan intervensi. Lebih dari 70% dari kematian semua kanker terjadi di negara berpendapatan rendah dan menengah dengan keterbatasan sumber daya yang tersedia untuk pencegahan, diagnosis, pengobatan, dan paliatif.

Pelayanan paliatif secara standar harus dikembangkan dengan partisipasi pemangku kepentingan, untuk memastikan bahwa layanan paliatif memenuhi persyaratan pelayanan minimal. Sehingga dapat pelayanan yang diberikan kepada semua pasien kanker termasuk kelompok rentan seperti anak-anak dan orang-orang dengan pendapatan rendah.

Standar didasarkan pada bukti saat praktek pelayanan paliatif dengan menetapkan fungsi-fungsi inti secara optimal, dapat dicapai dan terukur. Pelaksanaan standar harus dipantau secara teratur dan dikembangkan karena :

- memberikan pemahaman umum tentang pekerjaan yang harus dilakukan dan menunjukkan tingkat kualitas penyedia layanan;
- membantu memastikan kualitas layanan yang disediakan
- membantu proses perbaikan kualitas pelayanan secara terus-menerus dengan menentukan bidang-bidang penyediaan layanan yang sedang bermasalah
- berfungsi untuk menginformasikan pasien dan keluarganya tentang bagaimana kualitas pelayanan yang diharapkan dan dituntut pengguna layanan;
- memungkinkan staf untuk mengetahui apa yang diharapkan untuk diberikan;
- berfungsi sebagai sumber daya pelatihan pelayanan paliatif.

1. PENGORGANISASIAN

Pengorganisasian kegiatan paliatif dimaksudkan agar pelaksanaan manajemen kegiatan paliatif dapat berjalan secara efektif dan efisien. Pelayanan paliatif dengan pendekatan kesehatan masyarakat diperlukan untuk mengintegrasikan layanan di semua tingkat perawatan dalam rangka menjamin aksesibilitas kepada seluruh populasi sasaran.

1.1. Komunitas

Tokoh masyarakat, dukun dan perawat keluarga, yang dilatih untuk memberikan pelayanan berbasis rumah, dan yang diawasi oleh perawat tingkat perawatan primer.

Balai pengobatan, panti, posbindu PTM -> Puskesmas (Kelompok Paliatif)

Oleh dokter terlatih, perawat terlatih, konsulen paliatif dari RS (dokter, perawat), relawan.

1.2. Rumah sakit

a. RS Tingkat tipe D dan C

Perawat terlatih dalam pelayanan paliatif dasar yang diawasi oleh tingkat kabupaten, dan yang melatih dan mengawasi relawan masyarakat dan perawat keluarga

Semua perawat menangani pasien kanker akan mendapatkan pelatihan dasar dalam mengelola rasa sakit dan gejala lain, dan dalam memberikan dukungan psikososial. Dalam kompleks kasus, mereka akan merujuk pasien kepada tim khusus di tingkat sekunder atau tersier. Perawat spesialis di tim level primer akan dilatih untuk melatih dan mengawasi tokoh masyarakat, pengasuh keluarga dan dukun.

Oleh Dokter terlatih, perawat terlatih, dr/perawat paliatif, rohaniawan, guru, recreation therapist, dietician, occupational therapist, pain team specialist, family physician, home care nurse, health care provider support, psychologist, primary oncologist, bereavement support, physiotherapist, social worker. Interlink nurse, paediatrician, 24-hour physician, designated care coordinator, relawan

b. RS tipe B dan Khusus Kanker (Unit Paliatif)

Spesialis tim perawatan paliatif, terdiri dokter, perawat yang membawahi klinik pelayanan kesehatan primer, pekerja sosial paruh waktu dan apoteker.

Semua dokter dan perawat menangani pasien kanker akan mendapatkan dasar pelatihan dalam mengelola rasa sakit dan gejala lain, dan dalam memberikan dukungan psikososial. Dalam kasus yang kompleks, mereka akan merujuk pasien ke tim khusus yang terdiri dari dokter dan / atau perawat khusus dalam perawatan paliatif, seorang pekerja sosial paruh waktu dan apoteker. Tim ini juga akan bertindak sebagai referensi kabupaten dan kelompok pelatihan.

Dokter terlatih, perawat terlatih. Dokter dengan pendidikan paliatif. rohaniawan, guru, recreation therapist, dietician, occupational therapist, pain team specialist, family physician, home care nurse, health care provider support, psychologist, primary oncologist, bereavement support, physiotherapist, social worker. Interlink nurse, paediatrician, 24-hour physician, designated care coordinator, relawan

c. Tingkat RS tipe A (Instalasi Paliatif)

Tim Spesialis perawatan paliatif, terdiri dari dokter, perawat, pekerja sosial paruh waktu dan apoteker. Semua dokter dan perawat berurusan dengan pasien kanker memberikan perawatan paliatif dasar, diawasi oleh tim spesialis. Dalam kasus yang kompleks, mereka akan merujuk pasien ke tim khusus yang terdiri dari dokter mengkhususkan diri dalam perawatan paliatif,

perawat, pekerja sosial paruh waktu (atau psikolog) dan apoteker. Tim ini juga akan bertindak sebagai referensi nasional dan kelompok pelatihan.

Dokter spesialis paliatif, perawat paliatif, spesialis lain (konsultan).

Spesialis perawatan paliatif bekerja sebagai bagian dari tim multidisiplin untuk mengkoordinasikan perawatan. rohaniawan, guru, recreation therapist, dietician, occupational therapist, pain team specialist, family physician, home care nurse, health care provider support, psychologist, primary oncologist, bereavement support, physiotherapist, social worker. Interlink nurse, paediatrician, 24-hour physician, designated care coordinator, relawan

PELAYANAN RAWAT INAP

Di negara-negara berpenghasilan rendah, unit yang berdiri sendiri untuk pasien rawat inap dengan tim khusus perawatan paliatif merupakan cara efektif dalam memberikan pelayanan paliatif kepada pasien rawat inap. Sebuah tim perawatan paliatif terdiri dari seorang dokter yang terlatih dalam pengobatan paliatif, setidaknya satu perawat klinis dan seorang pekerja sosial paruh waktu, didukung oleh staf administrasi yang memadai. Pendekatan dilakukan dengan memberikan saran pada setiap aspek perawatan paliatif, sehingga memungkinkan untuk memberikan konsultasi perawatan paliatif dalam jumlah pasien yg banyak baik di rumah sakit maupun panti jompo.

PELAYANAN RAWAT JALAN

Di beberapa negara berkembang, unit rawat jalan memegang peranan penting dalam menawarkan pelayanan murah untuk orang-orang yang tidak terlalu sakit. Juga menawarkan kesempatan untuk meninjau kebutuhan pasien terhadap prosedur periodic serta melatih keluarga pasien dalam cara memberikan perawatan. Seringkali, rawat jalan mungkin fokus pada keluarga pasien dengan memastikan bahwa pasien mendapatkan obat-obatan dan makanan; dan kebutuhan fisik, psikologis dan spiritual mereka terpenuhi.

PELAYANAN BERBASIS RUMAH

Di negara berpendapatan tinggi, jasa perawatan di rumah biasanya lebih terjamin ketersediaan sumber dayanya daripada di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Dilakukan oleh unit khusus perawatan paliatif atau hospice (rumah penginapan), dan kadang-kadang menyediakan cakupan siang-malam.

Di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, pasien biasanya lebih memilih untuk meninggal di rumah, rumah perawatan umumnya lebih dapat diterima dan terjangkau daripada

perawatan di rumah sakit. Layanan termasuk obat-obatan penting untuk menghilangkan nyeri dan gejala lain, serta penyediaan makanan bagi pasien, dan dukungan untuk keluarga pasien.

Berbagai model perawatan paliatif rumahan saat ini sedang dilaksanakan di negara bersumber daya rendah. Pendekatan populer di pengaturan sumber daya rendah dengan cara memberikan perawatan melalui pengasuh masyarakat atau relawan yang diawasi oleh perawat terlatih dalam perawatan paliatif, hal ini disebabkan jumlah orang yang membutuhkan perawatan cukup tinggi sementara jumlah perawat dan dokter yang tersedia untuk memberikan perawatan rendah. Idealnya, setiap model perawatan di rumah akan memiliki hubungan yang kuat ke fasilitas rawat inap bagi pasien membutuhkan perawatan paliatif lebih intensif untuk mengendalikan gejala atau untuk perawatan terminal.

2. SISTEM RUJUKAN BERJENJANG

Sistem rujukan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal-balik atas masalah yang timbul baik secara vertikal (komunikasi antara unit yang sederajat) maupun horizontal (komunikasi inti yang lebih tinggi ke unit yang lebih rendah) ke fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, rasional dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi. Prosedur rujukan dilaksanakan secara berjenjang dan terstruktur, berdasarkan indikasi **medis**, sehingga puskesmas dan jaringannya dapat melakukan seleksi kasus kanker yang dirujuk. Proses rujukan harus disertai surat rujukan. Pengendalian rujukan oleh puskesmas dan jaringannya akan berdampak terhadap pengendalian biaya.

2.1. Rujukan Internal

Rujukan Internal adalah rujukan horizontal yang terjadi antar unit pelayanan di dalam institusi tersebut. Misalnya dari jejaring puskesmas (puskesmas pembantu) ke puskesmas induk. Rujukan internal pelayanan paliatif dalam suatu institusi dilaksanakan sebelum memberikan rujukan ke fasilitas tingkat lanjut.

2.2. Rujukan Eksternal

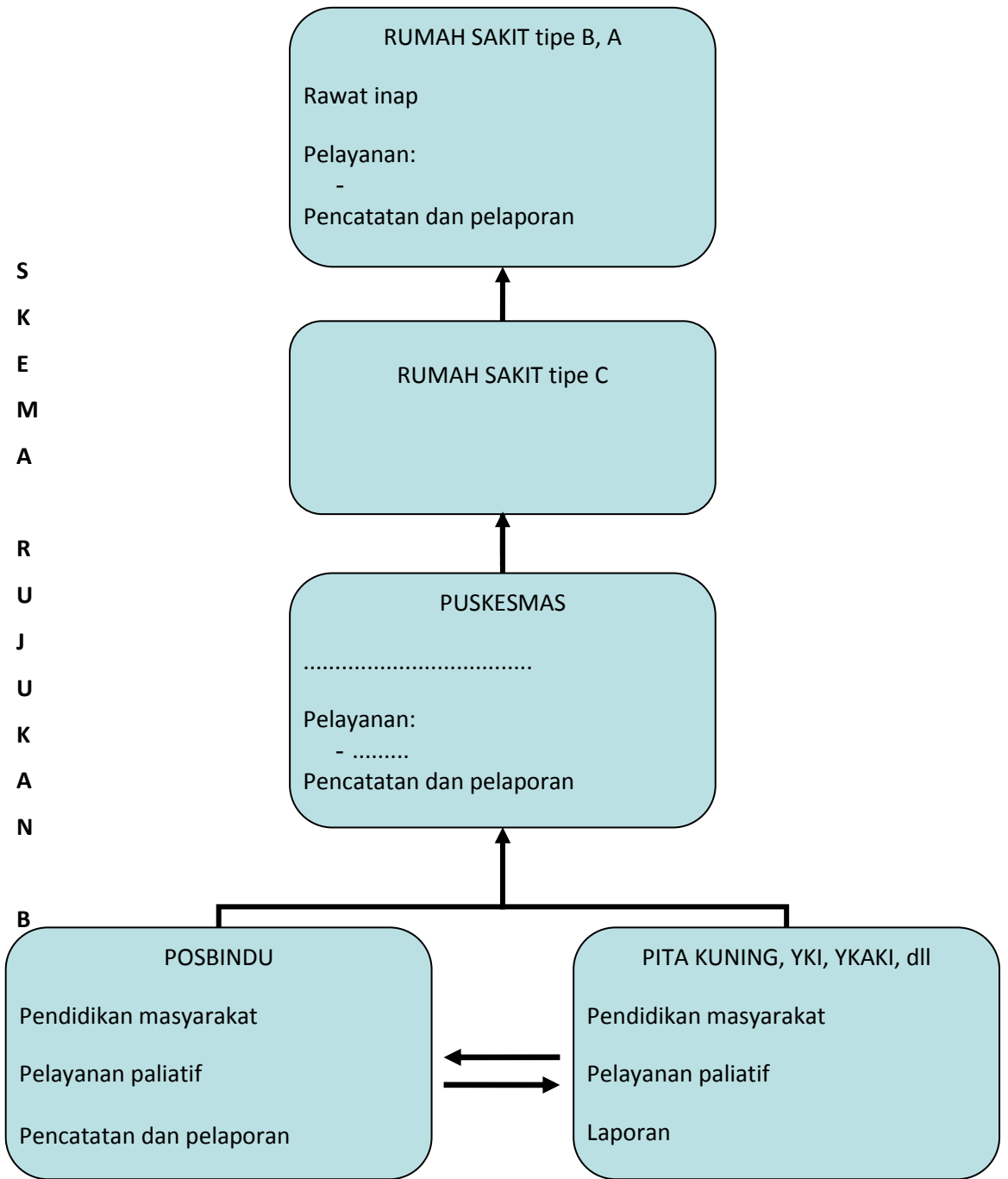
Rujukan Eksternal adalah rujukan yang terjadi antar unit-unit dalam jenjang pelayanan kesehatan, baik horizontal (dari puskesmas rawat jalan ke puskesmas rawat inap) maupun vertikal (dari puskesmas ke rumah sakit umum daerah).

S
K
E
M
A

R
U
J
U
K
A
N

B

J
E
N



3. PERENCANAAN

Pelayanan paliatif sangat penting di negara-negara berkembang dengan proporsi pasien didiagnosis kanker dalam stadium lanjut cukup tinggi ketika pengobatan tidak lagi efektif. Pasien-pasien ini dapat dibebaskan dari penderitaan dengan intervensi yang relatif murah. Sebuah pendekatan kesehatan masyarakat untuk perawatan paliatif diperlukan di semua negara untuk mengatasi kebutuhan semua pasien kanker stadium lanjut dan keluarga mereka, memastikan akses universal ke layanan yang diperlukan di semua tingkat pelayanan dalam sistem kesehatan.

Program pelayanan paliatif yang efektif melalui pendekatan kesehatan masyarakat akan tercapai jika didukung oleh komitmen kuat pimpinan, sesuai rekomendasi WHO melalui 3 langkah kebijakan yaitu :

1. integrasi layanan perawatan paliatif ke dalam struktur dan pendanaan pada sistem kesehatan nasional;
2. pelatihan profesional kesehatan, relawan dan masyarakat;
3. ketersediaan obat esensial untuk pengelolaan nyeri dan gejala lain khususnya tekanan psikologis

Sebuah rencana perawatan paliatif nasional harus mencakup langkah-langkah kebijakan untuk memberikan berbagai obat yang dibutuhkan untuk mengelola gejala umum kanker, termasuk nyeri, mual, muntah, delirium, agitasi, insomnia, kelelahan, depresi dan kecemasan. Obat ini harus dimasukkan dalam daftar obat esensial untuk memastikan bahwa keputusan mengenai sumber daya didasarkan pada kebutuhan medis dari mayoritas penduduk. Penyusunan daftar obat esensial dan protokol perawatan paliatif harus dilakukan oleh Tim multidisiplin.

Pelayanan paliatif kanker dalam rencana pengendalian kanker yang komprehensif sebagian besar pada pasien kanker stadium lanjut bertujuan agar terbebas dari penderitaan dan kualitas hidup dapat ditingkatkan signifikan, melalui perencanaan yang matang di antaranya :

1. Mengkaji rencana pengendalian kanker yang ada dan pelayanan yang merespon kebutuhan paliatif
Diperlukan data antara lain :
 - a. Data demografi : jumlah penduduk usia > 18 tahun, jumlah anak usia 0-18 tahun
 - b. Data dasar :

- jumlah kematian akibat kasus kanker/tahun pada penduduk usia 0-18 tahun dan usia > 18 tahun
 - Identifikasi jenis kanker yang paling sering terjadi dalam stadium lanjut, untuk menentukan layanan terpadu dengan spesialis terkait.
- c. Data sumber daya (sarana prasarana, SDM, dana)
- d. Data yayasan, organisasi profesi maupun masyarakat yang telah melakukan pelayanan paliatif
2. Menetapkan target populasi
3. Menentukan tujuan pelayanan paliatif

Tujuan harus ditetapkan untuk menanggapi kebutuhan orang-orang dengan kanker stadium lanjut, anggota keluarga dan pengasuh mereka; yang berhubungan langsung dengan identifikasi kesenjangan dalam layanan. Agar rencana perawatan paliatif menjadi efektif, semua proses dan hasil perlu mempromosikan tujuan umum pelayanan paliatif, yaitu :

- meningkatkan kualitas hidup pasien kanker dan keluarga mereka
- memastikan bahwa pelayanan perawatan paliatif diprioritaskan disediakan secara terpadu, merata dan berkelanjutan

Tujuan jangka pendek menengah dan panjang rencana perawatan paliatif menggunakan pendekatan step WHO. Tujuan utama dapat dicapai dengan sumber daya yang ada. Tujuan diperluas dapat dicapai dengan peningkatan sumber daya. Tujuan yg diinginkan berada di luar jangkauan sumber daya saat ini tetapi dapat dicapai jika sumber daya menjadi tersedia.

KOMPONEN	UTAMA	DIPERLUAS	DIINGINKAN
Tujuan proses jangka pendek (0-5 th)	• Untuk memastikan bahwa standar untuk pelayanan paliatif kanker termasuk nyeri yang semakin diadopsi di are target oleh semua tingkat pelayanan • Untuk menyediakan perawatan terutama melalui layanan rumahan	• Untuk memastikan bahwa standar untuk perawatan paliatif kanker termasuk nyeri yang semakin diadopsi nasional pada semua tingkat pelayanan • Untuk menyediakan perawatan terutama melalui kesehatan primer dan layanan berbasis rumahan	• Untuk memastikan bahwa standar untuk perawatan paliatif kanker termasuk nyeri yang semakin diadopsi nasional pada semua tingkat pelayanan • Untuk menyediakan perawatan meskipun berbagai pilihan, termasuk layanan berbbasis rumahan
Tujuan hasil jangka menengah (5-10 th)	• Untuk memastikan bahwa lebih dari 30% pasien kanker terminal dalam target area mendapatkan bantuan tepat waktu dari	• Untuk memastikan bahwa lebih dari 30% dari pasien kanker stadium lanjut secara nasional mendapatkan	• Untuk memastikan bahwa lebih dari 60% dari pasien kanker stadium lanjut secara nasional mendapatkan

	rasa sakit dan kondisi fisik serius lainnya, psikososial dan masalah spiritual	bantuan dari rasa sakit dan kondisi fisik lainnya, psikososial dan masalah spiritual • Untuk memastikan bahwa lebih dari 30% dari pengasuh mendapatkan dukungan yang memadai	bantuan dari rasa sakit dan fisik lainnya, psikososial dan masalah spiritual • Untuk memastikan bahwa lebih dari 60% dari pengasuh mendapatkan dukungan yang memadai
Tujuan hasil Jangka panjang (10-15 tahun)	• Untuk memastikan bahwa lebih dari 60% pasien kanker terminal dalam target area mendapatkan bantuan dari rasa sakit dan fisik lainnya, psikososial dan masalah spiritual	• Untuk memastikan bahwa lebih dari 60% dari pasien kanker stadium lanjut secara nasional mendapatkan bantuan dari rasa sakit dan fisik lainnya, psikososial dan masalah spiritual • Untuk memastikan bahwa lebih dari 60% dari pengasuh mendapatkan dukungan yang memadai	• Untuk memastikan bahwa lebih dari 80% dari pasien kanker stadium lanjut nasional mendapatkan bantuan dari rasa sakit dan fisik lainnya, psikososial dan masalah spiritual • Untuk memastikan bahwa lebih dari 80% dari pengasuh mendapatkan dukungan yang memadai

4. Menetapkan sasaran penduduk

Berdasar jumlah terbesar pasien (dewasa dan anak usia 0-18 tahun) terkonsentrasi, kebutuhan mendesak pasien dan anggota keluarganya, serta SDM yang tersedia. Jika kebutuhan SDM tidak cukup tersedia, maka paliatif diprioritaskan untuk pasien kanker stadium terminal.

Perkiraan target sasaran adalah >80% pasien kanker terminal membutuhkan pelayanan paliatif

5. Merumuskan rencana aksi untuk mencapainya

4. SISTEM PEMBIAYAAN

Sistem pembiayaan paliatif mencakup besaran tarif pelayanan paliatif, alokasi dan sumber dana, serta tatalaksana pertanggungjawaban dana

e. Besaran tarif pelayanan paliatif

Pelayanan paliatif ditetapkan berdasarkan tarif perawatan, obat-obatan.

f. Alokasi dan sumber dana

Sumber pembiayaan untuk pelayanan paliatif bersumber dari

g. Tatalaksana pertanggungjawaban dana

5. MONITORING EVALUASI

Pengembangan dan implementasi dari rencana pelayanan paliatif perlu dimonitor dan dievaluasi berkala untuk memastikan bahwa tujuan dari program tersebut tercapai. Evaluasi membutuhkan perencanaan dan desain yang cermat dimulai sejak awal proses pemrograman pelaksanaan kegiatan. Sebuah sistem informasi dasar yang perlu diletakkan di tempat sejak dini sehingga data yang diperlukan untuk pemantauan dan evaluasi dikumpulkan secara teratur.

Kinerja kegiatan pelayanan paliatif dapat dievaluasi dengan menggunakan kerangka peningkatan kualitas dijelaskan di atas (lihat halaman 12). Bimbingan tersedia pada monitoring dan evaluasi program pengendalian kanker, termasuk pelayanan paliatif, menggunakan peningkatan kualitas dan kerangka sistem model (WHO, 2002a).

Rencana evaluasi perlu menetapkan secara jelas:

- Siapa yang akan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan perawatan paliatif;
- apa yang akan dievaluasi;
- apa yang akan menjadi indikator inti (pengukuran) dan standar masing-masing (nilai yang ditetapkan oleh pemangku kepentingan);
- bagaimana evaluasi akan dirancang dan dilaksanakan untuk menjamin kredibilitas;
- bagaimana hasil evaluasi dapat digunakan untuk meningkatkan kinerja kegiatan pelayanan paliatif.

Indikator dan standar yang digunakan dalam mengevaluasi program pelayanan paliatif kanker.

INDIKATOR	STANDAR
INPUT	
Kebijakan dan peraturan pelayanan paliatif sebagai komponen kunci dari pengendalian kanker nasional	Dokumen resmi, undang-undang, peraturan, pedoman dan manual diterbitkan, diperbarui dan tersedia
Pembiayaan dan model pelayanan didirikan untuk mendukung penyediaan perawatan kanker paliatif	
Legalitas resep opioid untuk menghilangkan rasa sakit	
Daftar obat esensial untuk perawatan paliatif	
Jaringan pelayanan kesehatan di berbagai tingkat pelayanan	Akreditasi jasa pengiriman pelayanan paliatif di semua tingkatan perawatan

Jaringan tokoh masyarakat dan pengasuh yang dilatih dan termotivasi untuk memberikan pelayanan paliatif yang berkualitas, termasuk perawatan berbasis rumah	Akreditasi inisiatif pelayanan berbasis masyarakat
Dukungan masyarakat	Pemetaan layanan paliatif berbasis masyarakat
Program Pendidikan yang menyediakan: - Pengetahuan inti dan keterampilan untuk praktisi profesional kesehatan di semua tingkat pelayanan - Pengetahuan dan keterampilan untuk menjadi profesional kesehatan beberapa ahli yang dipilih untuk memimpin pelayanan paliatif di tingkat sekunder dan tersier - Sarjana pendidikan pelayanan paliatif untuk profesional kesehatan (dokter, perawat, apoteker, pekerja sosial)	Sarjana dan program pascasarjana, termasuk pelatihan bagi pengasuh kesehatan di semua tingkat pelayanan
PROSES	
Jumlah penderita kanker stadium lanjut yang menerima perawatan paliatif sesuai dengan standar	
Jumlah dan jenis profesional pelayanan kesehatan terlatih di berbagai tingkat pelayanan untuk memberikan pelayanan paliatif sesuai dengan standar	
Proporsi pasien kanker stadium lanjut yang mendapatkan pelayanan paliatif awal sesuai dengan standar yang ditetapkan	> 80%
Proporsi pasien kanker stadium lanjut yang mendapatkan pelayanan paliatif sesuai dengan standar yang ditetapkan	➤ 80%
Proporsi pasien kanker stadium lanjut yang menerima perawatan di rumah yang disediakan oleh pengasuh terlatih	➤ 80%
Proporsi pasien kanker stadium lanjut yang	< 20%

menerima perawatan berbasis rumah yang perlu dirujuk untuk pelayanan khusus paliatif di tingkat sekunder dan tersier	
Proporsi pengasuh keluarga yang mendapatkan dukungan psikososial sepanjang sakit dan berkabung, menurut menetapkan standar	➤ 80%
OUTCOME	
Proporsi pasien kanker stadium lanjut yang mendapatkan bantuan tepat waktu dari rasa sakit dan fisik lainnya, psikososial dan masalah spiritual	➤ 80 %
Proporsi perawat pasien kanker stadium lanjut yang mendapatkan bantuan tepat waktu dari masalah psikososial dan spiritual	➤ 80 %

BAB VI

PENUTUP

Pelayanan paliatif merupakan kebutuhan kemanusiaan yang mendesak di seluruh dunia termasuk Indonesia, bagi penderita kanker. Sangat diperlukan di tempat-tempat yang proporsi pasien datang dalam stadium lanjut cukup tinggi dan masih ada sedikit kesempatan untuk sembuh. Idealnya, layanan perawatan paliatif harus diberikan kepada pasien kanker beserta keluarganya sejak saat diagnosis penyakit kanker ditegakkan hingga penyakit berlangsung ke dalam fase terminal.

Pelayanan paliatif akan efektif jika diintegrasikan ke dalam sistem kesehatan di semua tingkat pelayanan, terutama masyarakat dan perawatan berbasis rumah dengan melibatkan publik dan sektor swasta, disesuaikan dengan budaya spesifik, lingkungan sosial dan ekonomi.

Daftar Pustaka

1. WHO (2007). WHO guide for effective programmes : Palliative Care. ed. Geneva, World Health Organization
2. Palliative Expert Group, 2005, Therapeutic Guidelines Palliative Care, version 2, Therapeutic Guideline Limited, Melbourn
3. NCCN Guidelines Version 2.2011
4. Doyle, D, Hanks, G & MacDonald, N, 1999, Oxford textbook of Palliative Medicine, 2nd edn, Oxford University Press, Oxford
5. Twycross, R & Wilcock A, 2001, Symptom Management in Advanced Cancer, 3rd edn, Radcliffe Medical Press, Oxon
6. Woodruff, R, 1999, Palliative Medicine Symptomatic and Supportive Care for Patients with Advanced Cancer and AIDS, 3rd edn, Oxford University Press, Melbourne.
7. Vella-Brincat, J, Macleod, A.D, MacLeod, R, 2008, The Palliative Care Handbook, Guidelines for Clinical mnanagement and Symptom Control, 4th edn, The Caxton Press, Auckland.
8. Lenton S, Goldman A, Eaton N and Southall D: Foundation care: development and epidemiology, in Oxford Textbook of Palliative care of Children. A. Goldman, pp 3-13. New York. Oxford University Press, 2006
9. Irvin H: Palliative care in Cancer in Children, Clinical Management. PA Voute, pp 110-112, 5th ed. SIOP. New York. Oxford University Press, 2005
10. Hain R.D.W, Jassal S.S: Pediatric Palliative Medcine in Oxford Specialist
11. Handbooks in Paediatrics, pp 1-270, 1st ed. New York. Oxford University Press, 2010
12. Cancer pain relief and palliative care in children. England: Word Health Organization; 1998.
13. Goldman, Ann; Haiin, Richard; Liben, Stephen. Oxford Textbook of Palliative Care for Children. Edisi pertama. Oxford: University Press; 2006.
14. Janjan N, Krishnan S et all: Palliative Radiation Therapy Technique in Cancer Pain Management, pp 271- 290. New York. The Mc Graw hill Companies, 2007

15. Alison Twycross, Stephanie Dowden, dan Elisabeth Bruce. Dalam: Managing pain in children: a clinical guide. Edisi pertama. UK: Blackwell Publishing Ltd; 2009.
16. Friedrich,Stefan; Collins,John. Principles of Paediatric Pain Management during the End of Life Period. April 2006. Medical Principles and Practice. DOI: 10.1159/ 000104541
17. Macfarlane, Scott. A Practical Guide to Paediatric Oncology Palliative Care.Australia: Royal Children's Hospital, Brisbane.
18. Zeppetella. Breakthrough Pain in Cancer Patients. 22 November 2010. Didapat dari Journal homepage: www.elsevier.com/locate/clon
19. Helen Irving: Palliative care dalam Cancer in Children Clinical management, P.A. Voute, Edisi kelima. P.P: 110- 122. Oxford University Press; 2005
20. Victor TC, Neil AH, Bianca BL : Assessment of pain and other symptoms dalam Cancer pain management. M.J Fish and AW Buton, pp 3 – 22. The Mc Graw Hill Companies, New York; 2007
21. Richard D.W. Hain. Dalam Oxford Specialist Handbooks in Paediatrics: Paediatric Palliative Medicine. Edisi Pertama. New York: Oxford University Press; 2010.
22. M Koh, F Craig and J Wolfe : Palliative care for children with advanced cancer, dalam Cancer in Children, Clinical management. MCG Stevens, HN Caron and A Biondi,pp : 118 – 128, 6 th ed. SIOP. Oxford University Press, 2012.
23. Kok M, Craig F and Wolfe J : Palliative care for Children with advanced Cancer in Cancer in Children, Clinical Management. MCG Stevens, pp 118-128, 6th ed. SIOP. New York. Oxford University Press, 2012
24. Gaze M and Boterberg T : Radiotherapy in Paediatric Oncology in Cancer in Children, Clinical Management. MCG Stevens, pp 66-75, 6th ed. SIOP. New York. Oxford University Press, 2012

Pengarah

Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan

Penasehat

Direktur Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Tim Penyusun

- Dr. Maria Astheria Witjaksono, MpallC, PC Physician
- dr. Edi Setiawan Tehuteru, SpA(K), MHA, IBCLC
- dr. Anky Tririni, SpA(K)
- dr. Rudi Putranto, SpPD,K.Ger
- dr. Basalama Fatum, MKM
- dr. Sedya Dwisangka
- Fx. Budiyo, SKM, M.Kes
- dr. Sorta Rosniuli
- dr. Meilina Farikha
- dr. Frides Susanty
- dr. Novi
- Mugi Wahidin, SKM
- Esthi Nusantri, SKM
- Dian Kiranawati, SKM
- Adiansyah Soegandi, B.Sc

Kontributor :

.....

Lampiran